

FAX 0299-92-8750

神栖市社会福祉協議会 行

## 令和5年度 高校生の進路アシストカレッジ申込書

氏 名		生 年 月 日			年 齢									
ふりがな		平成 年 月 日			歳									
		( 男 ・ 女 )			(学年 年生)									
住 所	〒	連絡先	固定電話											
			携帯電話											
メールアドレス														
学 校 名	学校名													
	学 科	担任名 ( )												
☆将来考えている職業				☆資格 (現在取得している資格について記入)										
職場体験希望施設に体験日数を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 医療機関 (看護師、医療相談員等) <input type="checkbox"/> 高齢者施設 (デイサービス等) <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 (保育所・保育園) <input type="checkbox"/> 障害者施設 (就労支援等) <input type="checkbox"/> 障害児施設 (放課後デイ、児童発達) <input type="checkbox"/> 特に希望なし 計 4 日				・全4日間の組み合わせ(希望)は、先記の4つの職種で1人4日間となります。 ・ <b>医療機関は最大でも2日間</b> の実習となります。また、申込者多数の場合は日数の調整をさせて頂く場合があります。 ・記入例を参照し自分自身が体験したい職種に日数を記入してください。		記入例①	記入例②							
						( )	(1)							
						(2)	(1)							
						( )	( )							
						(2)	(1)							
						( )	(1)							
						( )	( )							
						計 4 日	計 4 日							
★実習期間は7/27(木)～8/9(水)を予定しています。学校行事等により <b>参加不可能な日があれば、×</b> を記入して下さい。なお参加可能日であっても、希望実習先との調整が困難となる場合があります。														
実 習 日	7月				8月									
	27日 (木)	28日 (金)	29日 (土)	30日 (日)	31日 (月)	1日 (火)	2日 (水)	3日 (木)	4日 (金)	5日 (土)	6日 (日)	7日 (月)	8日 (火)	9日 (水)

☆知りたいこと、質問などご自由にご記入下さい。

(注1) 記載された個人情報は申込み確認及び運営管理の目的のみに使用いたします。

(注2) お申し込み後のキャンセルや受講の欠席等は必ず事務局へご連絡下さい。

(注3) 期日 ( ) までにFAXもしくは郵送でお申し込みください。

(注4) 別紙にて保護者の同意が必要です。必ずご記入ください。

(注5) 申込書の記入についてわからないことがあれば、下記問合せ先にご連絡下さい。

主 催	神栖市社会福祉協議会		
問い合わせ	ボランティアセンター 担当 出口・三浦		
電 話	0299-93-1029	FAX	0299-92-8750
E-mail	info@kamisushakyo.jp		