

FAX：095-828-6589
 令和4年度 介護職インターンシップ（就労体験）
 参加申込書（個人用）

◆ お申し込み方法 ◆

FAXか郵送でお申し込みください。

体験先は、参加申込者の希望（日程、立地、施設種別、その他の要望）や適性等（福祉・介護に関する学習進度等）をもとに、実施候補事業所と調整して決定します。その際、時期、場所等でご希望に添えないなど電話、メール等で確認をさせていただく場合があります。

◆確認の連絡をいたしますので、正確にご記入ください。				
ふりがな			学 生	学校名
氏 名				学部 (学科)
	(男 ・ 女)		学年/年齢	年 / 才
			(勤務先)	
住 所 (ご自宅)	〒 - (ふりがな)			
Tel・Mail	Tel : Mail :			
希望時期	第1希望	月	日頃	第2希望
				月
				日頃
希望事業所が あれば記入して ください	事業所		理由	
	事業所		理由	
体験先を希望 するにあたり 重視したい項目	<input type="checkbox"/> 施設種別(特養・老健・グループホーム・デイサービス・その他) <input type="checkbox"/> 施設が新しい <input type="checkbox"/> 自宅・学校から近い <input type="checkbox"/> 交通の便が良い <input type="checkbox"/> ICTや介護ロボットの導入に積極的 <input type="checkbox"/> 若い職員が多い <input type="checkbox"/> 休暇制度など福利厚生が充実している <input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡事項等 (自由記載)				

○参加希望者の個人情報（氏名／住所／電話番号など）は、この事業に関する通知の送付及び長崎県、実施事業所、介護労働安定センター間の事業実施に関する連絡、本人確認の範囲で利用いたします。

○ご提供いただいた個人情報はプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

○ご不明な点などのお問い合わせは

(公財) 介護労働安定センター長崎支部 Tel：095-828-6549 までお願いいたします。