

F A X : 0 9 5 - 8 2 8 - 6 5 8 9
令和7年度 介護職インターンシップ(就労体験)

参加申込書(学校用)

※本事業チラシ裏面にあります参加申込書(個人用)とあわせてご提出ください。

※人数が6名以上になる場合は、用紙をコピーして使用してください。

令和 年 月 日

学校名										
		ご担当者名		連絡先	TEL:			FAX:		
					Mail:					
①	ふりがな					性別 年齢	男 女 才	学科 学年	科 年生	
	氏名									
	その他連絡事項 (自由記載欄)									
②	ふりがな					性別 年齢	男 女 才	学科 学年	科 年生	
	氏名									
	その他連絡事項 (自由記載欄)									
③	ふりがな					性別 年齢	男 女 才	学科 学年	科 年生	
	氏名									
	その他連絡事項 (自由記載欄)									
④	ふりがな					性別 年齢	男 女 才	学科 学年	科 年生	
	氏名									
	その他連絡事項 (自由記載欄)									
⑤	ふりがな					性別 年齢	男 女 才	学科 学年	科 年生	
	氏名									
	その他連絡事項 (自由記載欄)									

○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させていただきます。
○ご提供いただきまし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。
○上記につきまして、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。