

FAX：095-828-6589  
 令和2年度 高校生等の介護職インターンシップ  
 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。体験先施設は、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捗等）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、連絡先等正確にご記入ください。 |  |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
|--------------------------------|--|-----------|--|--------|-----|--|--|------------|--|--|-------|-------|--|-------|--|
| ふりがな                           |  |           | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">学<br/>生</td> <td style="width: 30%;">学校名</td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>学部<br/>(学科)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>学年/年齢</td> <td style="text-align: right;">年 / 才</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(勤務先)</td> <td></td> </tr> </table> | 学<br>生 | 学校名 |  |  | 学部<br>(学科) |  |  | 学年/年齢 | 年 / 才 |  | (勤務先) |  |
| 学<br>生                         | 学校名  |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
|                                | 学部<br>(学科)   |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
|                                | 学年/年齢  | 年 / 才     |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
|                                | (勤務先)  |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
| 氏名                             | (男・女)  |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
| 住所<br>(ご自宅)                    | 〒 -  |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
| Tel・Mail                       | Tel :<br>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        |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
| 体験施設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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |           |  |        |     |  |  |            |  |  |       |       |  |       |  |
| 連絡事項等<br>(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。