**介護の職場（仕事）体験事業　参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1）氏名 | ふりがな | |
|  | |
| 2）生年月日・性別 | 平成　　　年　　　月　　　日（　男　・　女　） | |
| 3）自宅住所 |  | |
| 4）電話番号 |  | |
| 5）学校名・学年 |  | |
| 6）保護者の同意 | 介護の職場（仕事）体験事業に参加することに同意します。  （保護者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 7）希望事業所  及び希望日  ※第1～3希望まで  　全て記載ください | 第1希望 | （番　　号）  （事業所名）  （希 望 日） |
| 第2希望 | （番　　号）  （事業所名）  （希 望 日） |
| 第3希望 | （番　　号）  （事業所名）  （希 望 日） |
| 8）参加の動機 |  | |

※電話番号は必ず連絡がつくものにしてください。

（体験日時等に急な変更があった場合に使用するため。）

※「7）希望事業所及び希望日」は、各施設等の体験可能日程等を確認し、第3希望までご記入ください。

記載が無い場合、希望日で定員に達した際など、参加頂けない場合がございます。

※この申込書の記載された内容は、保険加入手続きなど、本事業に必要な事務手続き等を行う以外には

使用いたしません。

※受け入れ施設・日程の決定については、7月7日（月）頃に学校を通じてお知らせします。

※体験終了後、アンケート等に回答いただきますが、その内容については、島根県が実施する介護関連の各種イベント等で活用させていただく場合がございます。