

FAX:095-828-6589

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(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、正確にご記入ください。

ふりがな			学生	学校名		
氏 名	(男 ・ 女)			学部 (学科)		
			学年/年齢		年 / 才	
			(勤務先)			
住 所 (ご自宅)	(ふりがな)					
	〒 -					
TEL						
E-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	☐ 施設種別(特養・老健・グループホーム・デイサービス・その他) ☐ 施設が新しい ☐ 自宅・学校から近い ☐ 交通の便が良い ☐ ICTや介護ロボットの導入に積極的 ☐ 若い職員が多い ☐ 休暇制度など福利厚生が充実している ☐ 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先 (公財)介護労働安定センター長崎支部 Tel:095-828-6549