

福祉・介護職場体験

あなたを変える

参加無料



事業の実施期間

令和元年5月1日(水)～令和2年2月29日(土)

対象

- ① 福祉の仕事に関心のある方
- ② 福祉の仕事に就きたいと思う方
- ③ 将来の進路の参考にしたい学生さん(中学生以上)

体験先

ご希望により調整します。

体験日数

1～3日

※体験日数及び体験施設数(最大3か所)はご相談に応じます。

内容

利用者の介護・介助、作業補助、利用者との交流等

※内容は体験事業所によって異なります。

お問い合わせ
申込み

愛媛県福祉人材センター

(運営：社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会)

〒790-8553

松山市持田町三丁目8番15号

県総合社会福祉会館2階

TEL 089-921-5344

mail jinzai@ehime-shakyo.or.jp

FAX 089-921-3398

URL <http://www.11294.net/>

福祉・介護職場体験申込書

申込み

体験希望日の**3週間前**までに、申込書に必要事項を記入の上、FAX又はメールで下記あてお申し込みください。

決定

体験先が決まり次第、ご連絡します。体験事業所の行事等都合により、日程調整のご相談をさせていただく場合があります。

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名				年齢	歳
生年月日	昭和・平成	年	月	日	
住所	〒				
電話番号 (日中連絡のとれる番号)	【 携帯 ・ 自宅 】				
Eメール					
職業又は学校名					
申込理由 (該当に○)	<ul style="list-style-type: none">① 福祉の職場で働きたいと考えているから② 知識や技術を学びたいと思ったから③ その他 ()				
福祉関係資格	なし ・ あり ()				
福祉関係での 経験の有無	なし ・ あり	ありの場合	経験年数(通算)	職 種	
			年	か月	
体験希望日	第1希望	月 日()、 月 日()、 月 日()			
	第2希望	月 日()、 月 日()、 月 日()			
希望事業所 (*希望する番号に ○をつけてください)	<ul style="list-style-type: none">① 特別養護老人ホーム、グループホーム等の高齢者福祉関係事業所② 児童養護施設・保育所等の児童福祉関係事業所③ 身体障がい・知的障がい等の障がい者福祉関係事業所④ おまかせ⑤ 1~3を選ばれた方で、体験したい事業所がはっきりしている場合は事業所名を書いてください。 ()				
ご要望等					

申込み先

FAX 089-921-3398

mail jinzai@ehime-shakyo.or.jp