

(様式) [学校等⇒県社協]

令和6年度 福祉・介護の職場見学会 申込書

		申込日：令和 年 月 日		
学校等名				
学部・学科名				
担当者 所属・役職名				
担当者氏名				
連絡先	住所：〒 - Tel： - - Fax： - - E-mail：			
希望日時 ※時間は集合時間から解散時間までを記載してください。	第一希望	月 日 ()	時 分	～ 時 分
	第二希望	月 日 ()	時 分	～ 時 分
参加者	学部・学科等			
	学年		人数	名
目的	※いずれか1つに○を付けてください。 総合的な学習 福祉教育 進路指導 その他 ()			
施設見学 希望地域	貴校の市町村内・貴校内 (出前講座)・近隣の市町村 ()			
備考				

個人情報の取扱い

申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ使用させていただきます。

送付先：社会福祉法人 福島県社会福祉協議会 福祉人材課
〒960-8141 福島県福島市渡利字七社宮111 福島県総合社会福祉センター内
TEL 024-521-5662 FAX 024-521-5663
E-mail：jinzai@fukushimakenshakyō.or.jp