

FAX 0299-92-8750

神栖市社会福祉協議会 行

平成24年度 高校生の進路 アシストカレッジ申込書

氏名		生年月日		年齢	
ふりがな		平成 年 月 日 (男・女)		歳 (学年 年生)	
住所	〒	連絡先	固定電話		
			携帯電話		
メールアドレス					
学校名	学校名 学科		担任名 ()		
☆将来考えている職業					
・職場体験を希望する施設を指定してください。 ・全4日間の組み合わせ(希望)は自由です。 自分自身が体験したい職種に日数を記入して下さい。		<input type="checkbox"/> 高齢者施設 (デイサービス等) <input type="checkbox"/> 児童関係 (保育所・保育園) <input type="checkbox"/> 障害者施設 (作業所・デイサービス等) <input type="checkbox"/> 医療機関 (病院等) <input type="checkbox"/> 特に希望なし		例1 (2) (1) (1) () () 計4日	例2 () (4) () () () 計4日
☆知りたいこと、質問などご自由にご記入下さい。					

(注1) 記載された個人情報は申込み確認及び運営管理の目的のみに使用いたします。

(注2) お申し込み後のキャンセルや受講の欠席等は必ず事務局へご連絡下さい。

(注3) 期日(7/20)までにFAXもしくは郵送でお申し込みください。

(注4) 別紙にて保護者の同意が必要です。必ずご記入ください。

主 催 神栖市社会福祉協議会
問い合わせ 地域福祉推進センター
担当 三浦・飯田
電 話 0299-93-0294
FAX 0299-92-8750