

職場体験事業申込書

記入日： 年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 様

私は、令和3年度職場体験事業について、下記の誓約事項を理解した上で、職場体験に申し込みます。

誓約事項

私は、職場体験事業における職場体験にあたって、下記の事項を遵守します。

- 職場体験心得・流れについて確認の上、了解しました。
- 職場体験にて知り得た情報について、体験中はもちろん、体験終了後においても秘密を保持します。

確認したら忘れず 誓約事項について確認しました。 年 月 日

住所	〒				
フリガナ		性別(任意)	生年月日	(西暦)	
氏名				年	月 日 (歳)
連絡先	TEL	① - -		② - -	
	アドレス				
所属	学 生		一 般		
	高等学校・高等専修学校・専門学校・短期大学・大学		離職者・主婦(夫)・就業者 (※1つ選択)		
	学部		介護現場での業務経験	介護関係資格の有無 (介護福祉士、初任者研修など)	
	学科	学年	有・無	有 ()・無	
本事業を知ったきっかけ ※1つ選択	①東京都福祉人材センター(窓口) ②ハローワーク(場所:) ③研修実施事業者からの紹介 ④家族からの紹介 ⑤友人からの紹介 ⑥学校の先生からの紹介 ⑦チラシ・ポスター(場所:) ⑧新聞(新聞名:) ⑨インターネット(媒体: 人材センターHP・YouTube・その他) ⑩広報東京都 ⑪フリーペーパー() ⑫その他()				
体験終了後の予定 (複数選択可)	①介護職員資格取得支援事業利用 ②介護職員就業促進事業利用 (※①・②の詳細は人材センターHPをご覧ください) ③介護職での就職活動 ④介護職以外の福祉分野での就職活動 ⑤未定				

体験希望内容

人材センターHP〔職場体験受入施設・事業所検索(検索システム)〕より
体験先を選んでください。記入漏れ・誤りの無いようご注意ください。



検索システム

希望体験箇所数に○	管理No.	施設・事業所名	体験可能な日程 ※予備日を含めてお書きください		
合計 1・2・3 か所	1		①	月	日 ()
			②	月	日 ()
			③	月	日 ()
希望体験日数に○	2		①	月	日 ()
			②	月	日 ()
			③	月	日 ()
合計 1・2・3 日	3		①	月	日 ()
			②	月	日 ()
			③	月	日 ()

※記載いただいた個人情報は、本実施事業のみに使用し、他の目的には使用しません(体験先にも提供します)。

<申込方法>

本申込書を記載し、人材センターに来所(飯田橋・多摩支所)するか、郵送・FAX・メール(ファイル添付)にてお送りください。

申込期限: 体験希望日(一番早い日を基準)の15日前まで(必着)

<申込先(送付先)>

東京都福祉人材センター(介護人材担当)
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-10-3 東京しごとセンター7階
TEL: 03-5211-2910 FAX: 03-5211-1494

Mail: kaigo-taiken@tcsw.tvac.or.jp

<https://www.tcsw.tvac.or.jp/jinzai/kaigojinzaikakuho.html>