

注意事項（参加する時に必ず守ってください）

- ① 利用者の人権の尊重
施設・事業所の利用者の人権に配慮し、最大限に尊重してください。
- ② 個人情報を守る義務
インターンシップで知り得た利用者等の個人情報は、参加中はもちろんインターンシップ終了後においても決して他に漏らさないでください。
- ③ 施設・事業所内での注意
施設・事業所内では担当職員の指示に従って行動してください。
- ④ 健康診断、感染症等に係わる検査について
施設・事業所の要望により、健康診断、感染症等に係わる検査の実施等を必要とする場合があります。
- ⑤ **新型コロナウイルス感染症の影響により、中止することがあります。**
岡山県福祉人材センターホームページにてお知らせいたしますので、ご確認ください。

令和3年度 高校生 福祉職場インターンシップ参加申込書

申込日：令和3年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日
住所（〒 - ）		
自宅電話	携帯電話	
メールアドレス ※電話が繋がらない場合、メールを利用して連絡をとる場合があります。		
緊急連絡先		（続柄）
在学学校名		学年
希望法人・事業所 （法人・事業所は岡山県福祉人材センター HP https://jinzai.fukushiokayama.or.jp/ より、インターンシップ体験可能施設、体験可能日の一覧をご確認ください。）		
第1希望 ： 法人名 事業所名	体験希望日 ： 2～3日間で、いくつか体験日の候補をご記入ください。	
第2希望 ： 法人名 事業所名	体験希望日 ： 2～3日間で、いくつか体験日の候補をご記入ください。	
第3希望 ： 法人名 事業所名	体験希望日 ： 2～3日間で、いくつか体験日の候補をご記入ください。	
希望分野 希望の分野に○を付けてください。 1. 高齢者 2. 障害者 3. どちらでも		
備考欄（事務局への連絡事項・配慮してほしいことなど）		

※インターンシップの日程及びインターンシップ受入事業所については、インターンシップ開始のおおよそ1か月前までに文書にてお知らせいたします。（自宅へ郵送します。）

※希望は、必ずしも全てを考慮できかねますので、あらかじめご了承ください。

※申込でいただいた個人情報は、岡山県福祉人材センター事務局事業の目的以外には使用いたしません。

お問合せ
申込先

厚生労働大臣認可・福祉人材無料職業紹介所

社会福祉法人
岡山県社会福祉協議会(福祉人材センター)

〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1 きらめきプラザ1F

TEL:086-226-3507 FAX:086-801-9190

<https://jinzai.fukushiokayama.or.jp/>

利用時間/午前8時30分～午後5時 休館日/土・日、祝日と年末年始(12月29日～1月3日)

