

福祉のお仕事出張相談 申込書

| | | | |
|------------|--|--|--|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | (歳) | | |
| 電話番号 | — — | | |
| 住所 | 〒 — | | |
| 福祉職場 経験 | <input type="checkbox"/> 有 | ⇒ 分野 高 齢 / 障 がい / 児 童 職種 介護職(ヘルパー) / 相談・支援・支援員/保育士 介護支援専門員(ケアマネ) / 看護師/事務職 その他 () | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 保有資格 | 普通自動車免許/介護職員初任者研修(ヘルパー2級) / 介護福祉士 介護支援専門員/社会福祉士/看護師/保育士/幼稚園教諭 その他 () | | |
| 相談内容 | <ol style="list-style-type: none">福祉の仕事、就職に関すること履歴書・職務経歴書の書き方について資格取得について「職場体験事業」について | | |
| 相談希望日 | 第1希望 : 月 日 13:30・14:00・14:30・15:30 | | |
| | 第2希望 : 月 日 13:30・14:00・14:30・15:30 ※ご希望の時間に○印を付けてください。 | | |