|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護等体験申込大学等名 |  | 　　　[岩手県・社会福祉施設等用]令和６年度介護等体験希望者個票 |
|  |  |
| ［写真貼付欄］（1）写真の全面にのり付けし、この欄に貼ってください。（2）写真は、申込前6か月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮った約縦5㎝×横4㎝のもので本人と確認できるものとします。（3）写真貼付けのないもの又は適当でないものは受付けません。 |   |  |
|  |
| （ 昭和 ・ 平成 　　　年）　　 月　　 日生 |
| 性 別 | 男 ・ 女 ・ 他 | 年　齢　　　　 | 歳（令和６年４月１日現在） |
| 本 籍 | 都道府県（都道府県のみ記入） |
| 現　住　所 | 〒　　　-　　　　都道府県電話　　　　（　　　）　　　　 |
| 帰　省　先 | 〒　　　-　　　　都道府県電話　　　　（　　　）　　　　　 |
| 最終卒業学校等 | 高等学校　　　　　科　　　　年　　月　　日 卒業大学　　　　　学部　　　　　科 　　　年　　月　　日 卒業(見込)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 修了(見込)【学年：第　　　学年（令和６年４月１日現在）】 |
| 教員免許状(取得見込) | 種　類 | 教　科 | 取得見込年月日 |
|  |  | 　年　　 月　　 日 |
|  |  | 　年　　 月　　 日 |
|  |  | 　年　　 月　　 日 |
| 介護等体験希望地 | 第１希望［　　　　　　］市 町 村 | 第２希望［　　　　　　］市 町 村 | 第３希望［　　　　　　］市 町 村 |
| 趣味・特技 |  | 可能な交通手段(該当するもの全てに〇) | １．自転車２．自家用車３．公共交通機関 | 介護等体験希望期日 |
| 第１希望 |
| ［　　　月中の5日間］ |
|  |
| 本体験を通して学びたいと考えていること |  | 第２希望 |
| ［　　　月中の5日間］ |
|  |
| 第３希望 |
| ［　　　月中の5日間］ |
| 岩手県内の社会福祉施設等において、介護等体験を行わせてくださるようお願いします。なお、介護等体験にあたっては、その意義を理解し、責任と節度ある行動をとることを誓います。令和　　　年　　　月　　　日　　氏名　　　　　　　　　 （本人が署名） |

* 年齢及び学年については、令和６年４月１日現在について記入すること。
* 希望地・希望期日は必ず第３希望まで記入すること。
* 希望期日に調整不可能な場合、大学の行事日程等を除いた日に決定することがあります。