



静岡県・静岡市 保育士・保育所支援センター行

(様式2)

送付先FAX番号 054-272-8831

必ず希望日より2週間前までにお申し込みください。

平成 年 月 日

保育現場体験申込書

ふりがな 氏名		性 別 男・女	
		生年月日 西暦 年 月 日(歳)	
一 般	<input type="checkbox"/> 在職中 職 種() 勤続年数()年		学 生
	<input type="checkbox"/> 無職		
	保育職勤務経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
学 年()年 学校名() 学部()			
資 格 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭免許 <input type="checkbox"/> 保育士取得見込み <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭免許取得見込み			
住 所		〒 -	
電 話 番 号		自宅() - 携帯() -	
参加の動機 (該当に○)		<input type="checkbox"/> 保育の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 知識・技術を学びたい	<input type="checkbox"/> 保育の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> 実務の再体験
希望施設名			
第1希望	園No. No.	園名 ()	日間
第2希望	園No. No.	園名 ()	日間
第3希望	園No. No.	園名 ()	日間
第4希望	園No. No.	園名 ()	日間
希望日			
※なお、園の受入状況により希望日に対応できない場合がありますので御了承ください。			
第1希望			
第2希望			
第3希望			
第4希望			
※記載された個人情報は、静岡県・静岡市 保育士・保育所支援センター業務以外の目的で利用することはありません。また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。			