

ソーシャルワーク実習の受入れに関する申請書

(教育機関用)

社会福祉法人 佐世保市社会福祉協議会
会 長 深 堀 寛 治 様

1. 教育機関名 :
2. 代 表 者 : ㊟
3. 担 当 者 :
4. 所 在 地 :
5. 連 絡 先 :
(電話)

下記のとおり、貴会での社会福祉士の受験資格取得のためソーシャルワーク実習の受入れを希望します。

記

1. 実習希望者について

(年度4月現在)

ふりがな 氏 名	学 部	学 科	学年

2. 受入れ希望期間 (* 8月1日~10月31日のうちで記入をしてください)

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日 (_____日間)

【詳細】

3. 受入れに関して希望すること

ソーシャルワーク実習の受入れに関する申請書

(実習希望者用)

1. 実習希望者について

(年度4月現在)

ふりがな 氏 名	教育機関名	学部・学科	学年

*以下にあてはまる項目に○をつけてください

- ・現在、佐世保市内に居住している
- ・実家が佐世保市内である
- ・市内に所在する教育機関に在籍している

2. 佐世保市社会福祉協議会を実習先として希望した理由

(別添付可)

3. 実習で何を学びたいか

(別添付可)