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　江　　海　人　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～　　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〇をつけてください

・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）
