提出日：　　年　　月　　日

介護等体験参加登録届

学　科	
学籍番号	
学　年	年

1 体験申込者氏名

フリガナ

2 生年月日　平成　　年　　月　　日

3 性別　□ 男　□ 女

4 現住所　〒　　－　　※住所は漢字で記入する。

TEL　　※左詰めで記入する。

5 本籍地　　都道府県　※都道府県に○を付す。

6 帰省先　〒　　－　　※住所は漢字で記入する。

TEL　　※左詰めで記入する。

7 特別支援学校　千葉県立東葛の森特別支援学校

8 社会福祉施設希望地域

	希望地域コード	市町村名
第１希望		
第２希望		
第３希望		
第４希望		
第５希望		

※別表１　市町村コード表を参照。

※第４希望までは必ず記入する。

9 社会福祉施設希望種別

	施設種別コード	希望種別名（略記）
第１希望		
第２希望		
第３希望		
第４希望		
第５希望		

※別表２　施設コード表を参照。

※第４希望までは必ず記入する。

10 体験不可能期間

期　間	理　由
月　日 ～ 月　日	
月　日 ～ 月　日	

11 参加条件確認

教育学概論	修得済 ・ 履修中
心身の発達と学習過程	修得済 ・ 履修中
教育行政学	修得済 ・ 履修中

※該当に○を付す。

※履修中科目は、必ず合格すること。

※「介護等体験費」（8,250円）の納付が必要となります。