ソーシャルワーク実習の受入れに関する申請書

（＊教育機関記入用）

社会福祉法人

長崎市社会福祉協議会会長 　様

1. 教育機関名：
2. 代表者名：　　　　　　　　　　　　　　㊞
3. 担当者名：
4. 所在地：
5. 連絡先：

（電話）　　　-　　　-

社会福祉士の受験資格取得のため、下記のとおり貴会での相談援助実習の受入れを

希望いたします。

記

1. 実習希望者について

（令和　　年4月1日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 学　部 | 学　科 | 学　年 |
|  |  |  |  |

＊以下に当てはまる項目に○をつけてください。

・現在、長崎県内に居住している　　　・実家が長崎県内である

・長崎県内に所在する教育機関に在籍している

1. 受入れ希望期間

第１希望：令和　　年　月　日～令和　　年　月　日（　　日間）

第２希望：令和　　年　月　日～令和　　年　月　日（　　日間）

1. 受入れに関して希望すること

（＊実習希望者記入用）

1. 長崎市社会福祉協議会を実習先として希望した理由　　　　　　　　　（＊別添不可）可）
2. 実習で何を学びたいか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（＊別添不可）