|  |  |
| --- | --- |
| 【申込先】社会福祉法人福島県社会福祉課　担当：福祉介護人材担当宛  メール：shakaifukushi@pref.fukushima.lg.jp | |
| 問合せ先電話番号：024-521-7322 |  |

ふくしま　ふくしみらい　キャンパス参加申込書

* 下記に必要事項をご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　－ | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| メール |  | | |
| ご担当者氏名 |  | | |
| 希望する メニュー  （候補として３メニュー選択してください） | ※ 希望する順に「１～３」を記入してください。  （　　　）①「（仮）介護の仕事に就いたワケと、介護の仕事の本当の役割と可能性とは」上条百里奈氏  （　　　）②「（仮）介護系インフルエンサーが語る介護のやりがい」はたつん氏  （　　　）③「（仮）孤立した高齢者の課題解決のために」濱野将行氏  （　　　）④「（仮）人の「生きる」に向き合う仕事のかっこよさ」首藤義敬氏  （　　　）⑤「（仮）起業のきっかけ」鈴村萌芽氏  （　　　）⑥「（仮）ふくしで編み出す、暮らしのリノベーション」橋本康太氏  （　　　）⑦「（仮）若者が生み出す地域のつながり」萩原涼平氏  （　　　）⑧「（仮）テクノロジーで介護現場の笑顔を増やす」武藤高史氏 | | |
| 参加人数 | （福祉コース・文系コース・理系コース）※該当コースを〇で囲んでください  　　　　年生　　　　名　　　　教員　　　　　名 | | |
| 保護者　　　　名 | | |
| 実施希望日 | 希望時間 | | |
| ※ 講師との日程調整のため、複数お書きください | 第1候補  令和　　年　　月　　日　（　　）　　　：　　～　　　： | | |
| 第2候補  令和　　年　　月　　日　（　　）　　　：　　～　　　： | | |
| 第3候補  令和　　年　　月　　日　（　　）　　　：　　～　　　： | | |

※ご記入いただいた情報は厳重に保管し、本事業に関する業務にのみ使用いたします。