

参加申込書

令和 年 月 日

七峰会 福祉インターンシップ		
ふりがな	昭和	年 月 日生(満 歳) 男
氏 名	平成	
〒 住 所		
電話番号		携帯電話
学校名		学部 年
参加希望日 (希望日に○をつけて下さい) (両日の参加も可能)	令和5年5月16日(火)	【 】
	令和5年5月18日(木)	【 】
	令和5年5月19日(金)	【 】
福祉体験参加希望 希望順に番号を付けてください。(希望者が重複した際には調整させていただきます。)		
5月16日(火)実施		
希望順		
1	・ 2	・ 3 障害者支援施設拓光園 (知的障がいの方への支援)
1	・ 2	・ 3 障害者支援施設山郷館 (身体障がいの方への支援)
1	・ 2	・ 3 特別養護老人ホームサンアップルホーム (高齢者の方への支援)
5月18日(木)実施		
希望順		
1	・ 2	・ 3 エイブル (知的障がい者の方への就労支援)
1	・ 2	・ 3 山郷館デイサービスセンターくれよん (身体障がい者の方への支援)
1	・ 2	・ 3 デイサービスセンターわかば (高齢者の方への支援)
5月19日(金)実施		
希望順		
1	・ 2	・ 3 障害者支援施設山郷館くろいし(身体障がい者の方への支援)
1	・ 2	・ 3 山郷館総合支援センター黒石(障害者の方への支援)
1	・ 2	・ 3 児童発達支援センター花りんご(障がい児への支援)