令和元年度厚生労働省長期職場体験実習　志望理由等調査票

ふりがな

氏　　名

生年月日 Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（　　歳）

大 学 名

学部・学科

|  |
| --- |
| (第１希望) No.　　　　　希望部局等；　　　　　参加希望日数・曜日；（週　日、　曜日） |
| 志望理由； |
| (第２希望) No.　　　　　希望部局等；　　　　　参加希望日数・曜日；（週　日、　曜日） |
| 志望理由； |

※原則として実施曜日は固定としますが、実習に参加できない日程があれば全て記載してください。

　　○月○日、○曜日　等

|  |
| --- |
| パソコンの使用・ワープロの使用　　可（Ｗｏｒｄ、一太郎）　・　不可・ＥＸＣＥＬの使用　可　　・　　不可・その他厚生労働省職場体験実習参加経験　　有　　・　　無　有の場合　平成○○年　○○局○○課障害の有無　　有　　・　　無　有の場合　障害の種別、級、配慮事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他、要望（特に実習で体験したい事項等）・特技等があれば記入してください |