

令和6年度堺市保健所等実習における志望動機等聴取票

本市における実習への志望動機および希望などをお聞かせください。あなたの希望に沿ったよりよい実習プログラムが提供できるかを検討するとともに、応募者多数の場合は選考のための資料とします。

なお、実習受入れができなかった場合は、この希望聴取票は学校を通し返却いたします。

ふりがな 氏名		性別		年齢	
居住市・区	市	区	自宅からの 最寄り駅	線	駅
学校名・学部・学科	( 年生)				
職歴	*職歴のある方のみご記入ください。(機関名・職種・勤続年数等)				
実習希望期間	*受入れ可能日数は8日間以内です。 *実習初日は7月4日(木)で決定しています。 令和 年 月 日 ~ 月 日 ( 日間) *その他 希望曜日等 ( )				
保健センターおよび こころの健康センター で実習をしたい理由を おきかせください。					
堺市で実習したい理由 をおきかせください。					
精神保健福祉士の資格 をどのように活かした いですか？					
実習において特に学び たいことは何ですか？					
その他、要望等					