（様式第５号）

№（　　）

介護等体験希望者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 大 学 等 名 |  | ＴＥＬ | （　　　） |
| 担当者職･氏名 |  | ＦＡＸ | （　　　） |

　令和５年度における介護等体験希望者は、下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 希 望 者 名※上段にふりがなを記載すること | 所 属(学部･　学科) | 学年 | 性別 | 生年月日 | 本籍地(都道府県名) | 麻しん免疫保有状況 | 備考 |
| 記入例 | ○○　○○ | ○○学部○○学科 | ３ | 女 | 平成○年○月○日 | 佐賀県 | ○ | 証明書即日発行希望 |
| ○○　○○ |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

※介護等体験終了時に証明書の発行が必要な希望者については、備考欄に「証明書即日発行希望」と記入すること。

※　取得した個人情報は、介護等体験に係る業務の目的以外には使用しません。