

厚生労働省職場体験実習 志望理由等調査票

ふりがな

氏 名

生年月日 昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇歳)

大 学 名

学科・学部

(第1希望) No. 希望部局等；

志望理由；

(第2希望) No. 希望部局等；

志望理由；

(第3希望) No. 希望部局等；

志望理由；

※希望部局が複数の日程で募集している場合は、参加可能な日程のNo. をすべて記載してください。

※できる限りご希望に添えるよう調整しますが、受け入れ可能な人数や日程の関係で、やむを得ず上記以外の部局・日程での受け入れとなる場合があります。受け入れ部局を調整する際の参考にさせていただきますので、厚生労働省職場体験実習期間である **9月中で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。

〔 〇月〇日～〇月〇日、〇月〇日～〇月〇日 〕

パソコンの使用

- ・ワープロの使用 可 (W o r d、一太郎) ・ 不可
- ・E X C E L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・令和〇〇年 〇〇局〇〇課

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下さい