

「介護インターン体験 DAY」 申込書

●参加者情報（申込書）

1. 氏名（ふりがな）：

2. 学校名／学年・組：

3. 緊急連絡先（保護者）：

4. 介護インターン体験 DAY 参加後に個別相談をご希望されますか？：

☐ 希望する

☐ 希望しない

5. 写真・動画撮影に関する同意

本体験会では、広報・記録等を目的に写真や動画を撮影させていただく場合があります。
撮影された画像・映像は、以下の用途で使用されることがあります。

- 法人ホームページや SNS、リーフレット等への掲載
- 当日の記録写真としての施設内共有

※撮影された方のお名前など、個人が特定される形での掲載はいたしません。

※撮影をご希望されない場合は、当日スタッフにお申し出ください。

☐ 同意します

☐ 撮影は希望しません（当日もスタッフへお伝えください）