（別紙）　　　　　　　　　　　＜鳥取県社会福祉協議会　福祉人材部　担当：稲村、國本　行＞

　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：０８５７－５９－６３４１　　電子メール　jinzai@tottori-wel.or.jp

福祉の職場見学支援事業　見学申込書

【　高校用　】

下記のとおり見学を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　 | 担当者氏名：　　　　　　　　 |
| 見学希望地域 | 例）高校の近隣、鳥取市内　等 |
|  |
| 希望分野等 | 例）介護分野、保育分野、障がい分野　等 |
|  |
| 希望日程（日付または希望時期、曜日、時間等） |  |
| 送迎の希望 | あり（　　　　）　→　集合場所（　　　　　　　　　　　　　　　）なし（　　　　） |
| 備考 |  |
| № | ふりがな氏　　　名 | 学年・役職名（教員）等 | 希望職業（無しでも可） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

●本紙に記載された個人情報は、本事業の運営管理のみに使用します。

●電子メールテキストで上記の項目全ての記入があれば、この様式でなくてもお申込みは可能です。