

様式第2号-1 < 記入例 >

令和3年度職場体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

令和3年4月30日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

(ふりがな) いばらきけんりつふくしこうとう		(ふりがな) たなかよしみ	
学校名	茨城県立 福祉高等 学校		担当者名 田中 義美
			(職名 進路指導担当主任)
連絡先	住所 〒310-8586 水戸市千波1918		
	電話番号 029-241-1133	FAX番号 029-244-4543	

体験希望生徒人数 合計 3 名

	(ふりがな) 生徒氏名	学年	体験者住所 (市町村名)	希望地域・事業所名
①	しのはら たかゆき 篠原 隆之	3 年	水戸市	水戸市
②	きつかわ まり 橘川 まり	3 年	ひたちなか市	ひたちなか市
③	おかざき けい 岡崎 圭	3 年	茨城町	茨城町・水戸市
④		年		
⑤		年		

体験期間

①	8月 5日 (月) ~ 8月 7日 (水) までの (3) 日間
②	8月 5日 (月) ~ 8月 7日 (水) までの (3) 日間
③	8月 7日 (水) ~ 8月 9日 (金) までの (3) 日間
④	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
⑤	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間

意見・要望

- *保護者からの同意書(様式第2号-2)を生徒全員分添付して下さい。
- *受入れ事業所の都合により、希望者全員同施設での体験が難しい場合がございます。
- *事業所により、事前の健康診断・細菌検査が必要な場合がございますが、その際の費用は自己負担となります。
- *学校用取りまとめ申込み書を提出の際は、個人用(様式第1号)の提出は不要です。