

職業体験生  
申込書

太枠の中の必要事項を記入し、該当する箇所に☑チェックを入れて、学校に提出してください。

## 【参加希望者】

記入日：平成29年 月 日

(フリガナ) 氏名	( )	生年月日：平成 年 月 日
		性別： <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女

当日の保険加入のために必要となります。正確にご記入ください。

## 【希望する職業体験】

第1希望	事業所	番号： 事業所名：
	実施日	<input type="checkbox"/> 8月22日(火) ・ <input type="checkbox"/> 8月23日(水)
第2希望	事業所	番号： 事業所名：
	実施日	<input type="checkbox"/> 8月22日(火) ・ <input type="checkbox"/> 8月23日(水)
第3希望	事業所	番号： 事業所名：
	実施日	<input type="checkbox"/> 8月22日(火) ・ <input type="checkbox"/> 8月23日(水)
その他	上記以外の事業所でも、下記日程で参加を希望する ※希望する場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 8月22日(火) ・ <input type="checkbox"/> 8月23日(水)	

## 【学校用】 学校にて取りまとめ後、以下をご記入いただき、下記へFAXにてご提出ください。

記載責任者 <small>参加可否通知と 「参加の手引き」 送付先となります</small>	学校名	高校 科
	氏名	
	住所	〒 大分県
	TEL	( )
	FAX	( )

【個人情報の取り扱い】 ご記入いただいた個人情報は、当会が責任をもって厳重に管理し、本事業並びに同意をいただいた事項以外には利用いたしません。

平成29年8月初旬に、参加可否の通知と、参加する方向け当日用「参加の手引き」をお届けします。  
恐れ入りますが、学校から生徒へ配布のご協力をお願いします。

申込締切：平成29年7月21日(金)

FAX送信先：097-537-2644

(大分県中小企業団体中央会 担当：外山・渡辺)