

平成 年 月 日

(公財) 大分県生活衛生営業指導センター 行き

FAX : 097-533-2117

TEL : 097-537-4858

出前型職業体験教室申込書

1 申込者

| | |
|------|-------------|
| 学校名 | |
| 所在地 | |
| 担当者名 | |
| 連絡先 | TEL : FAX : |

2 参加者

- 1) 学年 () 年
2) 専攻 () 科・コース
3) 人数 男子 () 名・女子 () 名
合計 () 名

3 希望する日程

第1希望 月 日 時~

第2希望 月 日 時~

4 希望する業種

希望する業種に○印を記入して下さい

| | |
|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 理容 |
| <input type="checkbox"/> | 美容 |
| <input type="checkbox"/> | 寿司 |
| <input type="checkbox"/> | クリーニング |
| <input type="checkbox"/> | 理容・美容 |

平成 年 月 日

(公財) 大分県生活衛生営業指導センター 行き

FAX : 097-533-2117

TEL : 097-537-4858

職場訪問型職業体験申込書

1 申込者

| | | | |
|------|-------|--|-------|
| 学校名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 担当者名 | | | |
| 連絡先 | TEL : | | FAX : |

2 希望する日程

第1希望 月 日 時～ 時から () 日間

第2希望 月 日 時～ 時から () 日間

3 希望する業種と参加人数

| 業種 | 学年 | 人数 | その他 |
|--------|----|----|-----|
| 理容 | 年 | 人 | |
| 美容 | 年 | 人 | |
| 旅館ホテル | 年 | 人 | |
| クリーニング | 年 | 人 | |