

「ジョブカフェ体験事業(ジョブスクール)」申込書

学 校 名					
ふりがな 担 当 者 名					
E-mail					
所 在 地	(〒 -)				
電 話	- -	FAX	- -		
参 加 生 徒 数 (上限計40名)	1年生	2年生	3年生	合計	
	名	名	名	名	
セ ミ ナ ー	どちらかを○で囲んでください ⇒ 希望する 希望しない ※希望する場合、関心のあるテーマ等を記入してください。				
内 容	利用したい内容を○で囲んでください 職業適性診断(約30分) 仕事調べ(約30分) VTR鑑賞(約1時間)				
第 一 希 望 日	月 日 曜日	<input type="checkbox"/> 午前	時から	時まで	
		<input type="checkbox"/> 午後	時から	時まで	
第 二 希 望 日	月 日 曜日	<input type="checkbox"/> 午前	時から	時まで	
		<input type="checkbox"/> 午後	時から	時まで	
第 三 希 望 日	月 日 曜日	<input type="checkbox"/> 午前	時から	時まで	
		<input type="checkbox"/> 午後	時から	時まで	
駐 車 場 の 利 用	どちらかを○で囲んでください ⇒ する バス(台) しない				

FAX・郵送にてお申し込みください。
 申込前の問い合わせもお気軽にどうぞ。