福祉施設職場体験事業申込書（学校取りまとめ用）

学 校 名	
学 科 名	
所在地	〒
連絡先	ＴＥＬ：　　－　　－　　（担当　　）
	ＦＡＸ：　　－　　－
参加生徒数	名　（男子生徒　　名、女子生徒　　名）
職場体験日の希望などありましたら、具体的にお書きください。	
事前講義	希望しない　・　希望する ※事前講義の内容については、実習に関わる説明（服装、身だしなみ、携行品、実習記録の書き方、実習中の態度、心構えなど）や福祉のお仕事についての説明をいたします。
備　考	