ものづくり体験教室　実施希望連絡票

【FAX(023-644-2865)またはE-mail（g-shinko@nky.or.jp）にてご連絡ください】

|  |  |
| --- | --- |
| 学　校　名 |  |
| ご担当者　役職・氏名 |  |
| 連　絡　先 | 　　TEL |
| 　　FAX |
| 　　E-mail |
| 対 象 学 年 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年 |
| 対象クラス数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　クラス |
| 受講希望人数 | 　　児童・生徒　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 　　教師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 　　保護者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 　　計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 実施希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 実施希望時間帯（原則３時間を上限とします） | 　　　　　　　　　　　：　　　～　　　： |
| 実施したい職種・内容等（開催時期・地域によって実施できない職種もあります） |  |
| その他、ご希望等ございましたらご記入ください。 |
| ※この用紙を受理後、日程調整等のため、ご担当者様に連絡させていただきますのでご了承ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　山形県職業能力開発協会 |