

年 月 日

島根県技能振興コーナー 宛
(FAX 0852-22-3404)

※事前にコーナーへ相談をお願いします。TEL:0852-61-0051

R7年度 ものづくり体験教室申込票(小中学校・地域用)

地域団体名 ・ 小中学校名			代表者名		
			担当者名・ 部署		
			↓連絡のつきやすい連絡先を記入して下さい。		
所 在 地	〒 -	電話番号			
		F A X			
		E-mail			
実 施 場 所・施 設					
受 講 者 数 (募集前の場合は定員)	合計	※参加者名簿をご提出ください。 ※小中学校は児童・生徒と教員の内訳人数。			
	名	児童・生徒	名	教員	名
実 施 希 望 日 時 (複数記入してください)	第1希望	第2希望	第3希望		
時 間	～ ※2時間必要です。2時限ではなく2時間(120分)の時間をお書きください。				
実 施 内 容	受講者の特性、目的など				
	※職種は体験対象者の年齢や人数、マイスターがいる地域等、コーナーと調整の上決定しますので希望通りにならないこともあります。				
	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				
そ の 他 上 記 以 外 に つ い て の 連 絡 事 項 等 欄					