

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	