

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

R6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。 ※小中学校は児童と教員の内訳人数を記入してください。	
	名		
実施希望日時			
時間		<p style="text-align: center;">～</p> <p>※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。</p>	
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			