

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

R8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 (学年)	代表者名			
	担当者名			
	↓昼間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
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	※学校の場合、何の教科 時間ですか 例:総合の時
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				