

地域障害者職業センター職場体験実習(仕事体験)参加申込書

学校名			
学部/学科		学 年	
フリガナ 氏 名		年 齢	歳
現住所等	〒 TEL e-mail		
仕事体験に 参加する目的	(仕事体験に参加して経験したいこと、学びたいこと等主体的な目的・理由を記入してください。)		
卒業後の 希望業種・職種			
備 考	(仕事体験の参加に当たり、何らかの配慮を必要とする場合は、その旨を記入してください。)		

学 校 記 入 欄	<学校の推薦事項> 上記学生の仕事体験について推薦いたします。 年 月 日 大 学 名: 部署・役職: 推薦者氏名: [所在地] [TEL] [FAX] [e-mail] ※推薦者の方(ご担当部署の長・ご担当者様、担当教員等)の署名をお願いします。	
	インターン シップ等の 傷害保険	※学生の保険内容について確認(☑)をお願いします。 ☐加入済み ☐加入予定(受入れが確定次第加入します。)

※この申込書により取得した個人情報、当機構において適正に管理し、仕事体験の運営目的以外に使用することはありません。