

※ご担当の先生が記入してください。

# 五日間の夢体験事業申込書

学校名			
学校所在地	〒		
学校のE-mail	@		
ふりがな ご担当教員名		学校連絡先	

※体験期間中の緊急時にスムーズな連絡体制を確立するため、連絡先としてご担当者を複数ご選任いただき、携帯番号等の緊急連絡先をお書きください。（体験期間中のみ使用させていただきます。）

優先順位	担当者氏名	ふりがな	緊急連絡先（携帯番号等）
1			
2			

## ■ 申込人数

	人数
1年生	名
2年生	名
3年生	名

※体験を希望される高校生がおられましたら、**個人票を1人1枚ご記入いただき、先生が取りまとめのうえ申込書を添え当センターまでご郵送ください。**（個人票が足りない場合はコピーしてご使用ください。）

※多数のお申込みが見込まれますので、先着順にて調整のうえ決定通知と「五日間の夢体験サポートブック」を送らせていただきます。ご希望にお応えするのが難しい場合がございますので、予めご了承ください。

※提供いただいた個人情報は厳重に管理し、本事業に関する受入事業所との調整や決定通知の送付、保険の加入、修了証の発行等に使用し、また受入事業所へ提供します。その他、本事業以外の目的に使用することはありません。