

マイチャレンジインターンシップ2019【申込み集約用紙】

学校名		電話番号	
		FAX番号	

担当の先生		ご連絡先	
		E-mail	

集約表番号	学年・クラス	生徒氏名
	年 組	
	年 組	
	年 組	
	年 組	
	年 組	

事前事後学習受講・受入れ事業所巡回希望（生徒の参加のない学校教員も申込み可）		
参加希望教員名	巡回希望事業所名	事前・事後学習 受講希望日時
		月 日
		月 日

※生徒から提出された「マイチャレンジインターンシップ2019 申込書」を、下記まで FAX で提出してください。

※FAX 受信後、担当の先生に電話にて受け取り完了の連絡をします。

アスクネットから連絡がない場合は、下記電話番号までお問い合わせください。

※巡回は、受入事業所のご担当者のご都合にあわせて日程を調整させていただきますことをご了承ください。

担 当 NPO法人アスクネット 松井・城取 電 話 052-881-4349 F A X 052-881-5567 電子メール info@asknet.org
