

学校名	番号 (先生記入用)

マイチャレンジインターンシップ 2026 申込書 (学校を通しての申込み用)

学年・クラス	氏名 (ふりがな) ・ 性別 ※保険申込手続きのため必要
年 組	() 男 ・ 女
メールアドレス	

第 1 希 望	
希望事業所名	
希望理由 魅力を感じた点や チャレンジしたい こと等を伝えよう	

第 2 希 望	
希望事業所名	
希望理由 魅力を感じた点や チャレンジしたい こと等を伝えよう	

第 3 希 望	
希望事業所名	
希望理由 魅力を感じた点や チャレンジしたい こと等を伝えよう	

- ◆必ず保護者の方に相談してから申し込んで下さい。
- ◆第1希望のみではなく、第2、第3希望まで記入してお申込みください。
- ◆応募者多数の場合は、志望動機及び事前事後学習への参加の可否によって主催者にて決定しますので、「希望理由」をしっかりと記入してください。また、必ずしも希望通りに参加できない可能性があります。
- ◆事前事後学習には必ず参加してください。どうしても参加できない場合は、備考欄にその旨を記載してください。
- ◆事前学習の午前/午後の調整は主催者にて行いますが、どうしても指定がある場合は、備考欄にて理由を添えてお知らせください。

備考欄 (事前に伝えたいこと)	
--------------------	--

マイチャレンジインターンシップ2026【学校用申込み集約用紙】

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	氏名	性別
	年 組		男 ・ 女
	年 組		男 ・ 女
	年 組		男 ・ 女
	年 組		男 ・ 女
	年 組		男 ・ 女

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
		事前学習 7/25 () 事後学習 8/22 () ※参加希望の日程に○をご記入ください

※保険申込手続きに必要なために生徒の性別のご回答をお願いいたします。

※生徒から提出された「マイチャレンジインターンシップ2026申込書」を、下記宛先へ
FAX またはメールにて提出してください。

※FAX/メール受信後、担当の先生に電話にて受け取り完了の連絡をします。

アスバシ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、
予めご了承ください。

担 当 一般社団法人アスバシ 小柳・斉藤 電 話 052-881-4401 FAX 052-308-3284 メール jim@asubashi.jp
--