FAX：0533-93-6554

愛知障害者職業能力開発校　就職支援担当　行

**見 学 等 申 込 書**

各事項にご記入いただき、お手数ですがFAXかメールにて送信願います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来校目的 | ※どちらか選択 □見学希望 □見学しない | ※来校目的を選択してください。（複数選択可） □施設、訓練風景の見学のみ  　□各科の概要を知りたい 特に希望される科に〇をつけてください（複数選択可）  ITスキル科・OAビジネス科・CAD設計科 総合実務科・ワークサポート科・就業支援科    　□訓練生を対象に求人したい  　□障害者雇用について情報交換、参考意見聴取 | | | |
| その他ご要望等がございましたらご記入願います。 | | | | |
| 第一希望 来校日時 | 月　　日（　　　　） | | 第二希望 来校日時 | | 月　　日（　　　　） |
| 時　　　分～　　時　　　分 | | 時　　　分～　　時　　　分 |
| 来校予定者 役職名・氏名  ※多数の場合 代表者名のみ  計　　名 | 役　職　名 | | 氏　　　　名 | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 事業所名等 | 名称 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 部署名 | | | | |
| 連絡先 担当者 | |  | 電話 | （　　　　）　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 国立県営 **愛知障害者職業能力開発校** | 〈窓口〉　〒441-1231　愛知県豊川市一宮町上新切33-14  **TEL　0533-93-2102　FAX　0533-93-6554**  　　　　　訓練課　就職支援担当まで |