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 |