令和　　年　　月　　日

茨城県職業能力開発協会 会長　殿

　(Fax:029-226-4705 ,E-mail: kunren@ibaraki-vada.com)

ジュニア技能インターンシップ申込書

学校名:

学校長:

担 当 者:

電話番号:

ＦＡＸ番号:

E-mail:

ジュニア技能インターンシップを以下のように申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望№(リストから選択）  /事業所等名　**(注1)** | (第1希望) No.　－　－　　/事業所等名: | |
| (第2希望) No.　－　－　　/事業所等名: | |
| 実習期間　　　 **(注2)** | 令和　 年　 月　 日(　)から　　月　 日(　)まで　　日間  (条件:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| (ふりがな) | (1) | (2) |
| 参加生徒氏名 |  |  |
| 性別・学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 |
| 住所(市町村名のみ) |  |  |
| 最 寄 り 駅 |  |  |
| (ふりがな) | (3) | (4) |
| 参加生徒氏名 |  |  |
| 性別・学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 |
| 住所(市町村名のみ) |  |  |
| 最 寄 り 駅 |  |  |

注1)希望する事業所の希望No.は以下のURL(「ジュニア技能インターンシップ受入事業所等一覧」)を参照してください。　（茨城県職業能力開発協会＞インターンシップ(中学生・高校生対象)）

<https://ibaraki-vada.com/monozukuri2/intern>

注2）事業所との日程調整期間を考慮して、出来るだけ期間を広く（例:9/1(日)～9/14(土）)、条件があれば（例：土・日は不可）記入してください。日程をピンポイントで記入する

(例：9/2(月)～9/3(火)2日間)と事業所との条件が合わないため、実習受入れが出来ないことがあります。

注3)参加生徒氏名欄が不足する場合は、この様式をコピーして使用してください。

【協会からのお願い】当協会担当者等が、実習中に写真・ビデオ撮影すること、及び当該データを各種広報物（ホームページ等への掲載を含む）に使用する場合がありますので、ご同意いただきます。