事業所見学・研修申し込み書

申込日：（西暦）　　　　年　　　月　　　日

次のとおり、見学（研修）を申し込みます。見学（研修）にあたっては、事業所職員の指示に従い、知り得たあらゆる個人情報等を他に漏らさないことを約束します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み者氏名（団体の場合は団体名と代表者名） | （団体名） |
| （氏名） |
| 参加者（見学・研修者の代表及び参加者） | （代表者氏名） |  |
| （参加者概要） | □職員等　　　名　　　　□障害当事者　　　名□家族等　　　名　　　　□学生・生徒　　　名□その他　　　名代表者を含む参加者合計　　　　　　　名 |
| 住所・連絡先（団体の場合は団体住所と連絡先） | 〒電話：　　　　　　　　　　　　　（緊急連絡先：　　　　　　　　　　　　）FAX：電子メール： |
| 見学・研修希望日時 | 第１希望（西暦）　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　　時　　分第２希望（西暦）　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　　時　　分第３希望（西暦）　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　　時　　分※標準的な見学時間は１事業所につき１時間程度です。※事前にお電話等で希望日時の調整が済んでいる場合は、第１希望の欄のみ記入して下さい。 |
| 見学・研修先（□に✔）目的・趣旨 | □修光学園　　□飛鳥井ワークセンター　　　□ワークセンターHalle!□光の家ｱｸﾃｨﾌﾞｾﾝﾀｰ　　□修光学園ﾃﾞｨｱｺﾆｱｾﾝﾀｰ　　□修光学園ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ |
| （目的・趣旨を具体的に） |
| 備考 |  |

※記入いただいた情報は、本法人事業報告書の見学・研修者一覧に掲載されます。ただし、住所・連絡先、個人の氏名等は掲載しません。

|  |
| --- |
| **お申し込み先**・ファックス：０７５－７０２－２７００　・電子メール：info@shuko-gakuen.or.jp・郵送：〒606-8033　京都府京都市左京区修学院山添町８－２ |

※原則として希望日の１ヶ月前までにお申し込み下さい。お申込みの後、追って担当者よりご連絡いたします。