（様式２）

○○第　　号

令和　年　月　　日

○○立○○○学校長　殿

　○○大学長

介護等体験の申込みについて

このことについては、下記のとおりです。

記

〈県外大学用〉

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人数 | 実施日 | 介護等体験希望者 | | | | | | | | | | | 保険加入済 | オリエンテー  ション実施済 | ※  実施済 |
| 学生証  番　号 | | 学部 | 学科 | | 学年 | 性別 | | 年齢 | | フリガナ  氏　名 |
| 帰省先住所・電話 | | | | | | | | | | |
| 人 | 年　月　日（　）  及び  年　月　日（　） |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 人 | 年　月　日（　）  及び  年　月　日（　） |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |

担当

　ＴＥＬ

　　Eメール

（注）１　受入れ学校ごとに作成し、該当特別支援学校長あて送付してください。

（注）２　日程等に関する調整については、当該学校へお問い合わせください。

（注）３　保険加入済・オリエンテーション実施済を確認して、○をつけてください。

（注）４　担当、ＴＥＬ、Eメールの欄については、連絡先を記入してください。

（注）５　返信用封筒を同封してください。

（注）６　※については、該当特別支援学校長が確認の上、証明します。