

Bring up 施設見学 申込書

申し込み日 令和 年 月 日

フリガナ			
見学者氏名	(歳)		
フリガナ			
住所 都道府県・市町村・番地 建物名・号室	〒 —		
連絡先 *連絡の取れる番号	TEL : — —		
	Mail : @		
見学の目的 又は理由	<input type="checkbox"/> 就職活動の一環 <input type="checkbox"/> 研修・研究目的 <input type="checkbox"/> 視察 <input type="checkbox"/> その他()	自家用車で来園される場合は、下記空欄に車種とナンバーを—をご記入ください。 ※駐車場の状況により自家用車で来園を控えていただくこともあります。その場合はご了承ください。 <table border="1"><tr><td>車両No</td></tr></table>	車両No
車両No			
見学希望施設	<input type="checkbox"/> ちば子ども発達センター	千葉市美浜区高浜3-3-1	
	<input type="checkbox"/> みどり子ども発達センター	千葉市緑区平山町1921-4	
	<input type="checkbox"/> もりのみ幼児教室	千葉市緑区あすみが丘東2-5-11	
所有資格 又は見込み	<input type="checkbox"/> 普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 公認心理師	<input type="checkbox"/> 幼稚園・小学校等教員免許 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 理学療法士	
現在の所属先			

※上記の個人情報は見学に関する事以外には使用しません。

●私は、施設見学中に知りえた、施設の機密に関する情報及び施設がサービスを提供する利用者に関する個人情報について、口外いたしません。

同意日： 令和 年 月 日

記名または署名： _____

このシートに必要な事項記入の上、事前にメールまたはfaxにて送付ください。