

愛媛県教育委員会教育長様

大学名等 大学
学長名等 学長 印

介護等体験申込書

(年度)

学 部 学 科	学 年	氏 名	性 別	生 年 月 日 本 籍	住 所 (大学開講時) 連 絡 先 (介護等体験実施時)	電 話 番 号	体 験 希 望 校	希 望 時 期	備 考
学 部 学 科				愛 媛 県	〒 県 市 〒 県 郡 町 . . .	× × - × × × ×	盲 学 校 聾 学 校	月 月 月 月	
				都 道 府 県	〒 〒			月 月	
				都 道 府 県	〒 〒			月 月	
				都 道 府 県	〒 〒			月 月	
				都 道 府 県	〒 〒			月 月	

- 注 1 電話番号は、上段に大学等開講時の電話番号、下段に介護等体験実施時の電話番号を記入すること。
- 2 体験希望校は、上段に第一希望校名を、下段に第二希望校名を記入すること。
- 3 希望時期は、左側に第一希望時期を、右側に第二希望時期を月単位程度で記入すること。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。