

山形県
若者就職支援センター
TEL：023-647-0363
FAX：023-646-8890

__月__日 往信



__月__日 返信



学 校：
所在地：〒
TEL：
FAX：
担当者：

「キャリア教育支援講師派遣」申込書（兼 調整結果連絡）

日 時	月 日 ()		講 話 の テ ー マ			
	時 分 から			学 科 ・ 学 年		
	時 分 まで					
講 師	登録番号 ()		対 象	生 徒	名	
				教 員	名	
				保 護 者	名	

(注) 上記の希望どおり実施できない場合、次のいずれかを選択してください。

日程変更 第2希望：__月__日() 時__分～時__分

第3希望：__月__日() 時__分～時__分

講師変更 第2希望：登録番号_____講師_____

第3希望：登録番号_____講師_____

今回の申し込みを取り消す。

調整の結果について（連絡）

申し込みについて下記のとおり調整しました。講話内容等の詳細については、学校の担当者から講師の方に直接連絡し、確認を行ってください。

なお、実施後は「報告書」及び「レポート」を送信してください。

記

申し込みのとおり調整しました。

次のとおり調整しました。

日程：__月__日() 時__分～時__分

講師：()_____

(承諾印)

