

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：

「キャリアカウンセラー派遣」申込書（兼 調整結果連絡）

種 別	一 般 高3未内定	日 時	月 時	日() 分 から 分 まで	対 象	学科・学年	
						生 徒	男 名・女 名
						形 態	
テーマ、内容等							

(注1) 形態 ワークショップ セミナー キャリアカウンセリング
 上記 、 、 を組み合わせたもの

(注2) 高3未内定者向けキャリアカウンセラー派遣は キャリアカウンセリングのみです。

(注3) 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

今回の申し込みを取り消す。

要望等

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。内容等については、学校の担当者からカウンセラーの方に直接連絡し、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。
ただし、カウンセリングの場合は「レポートは」不要です。

記

1. キャリアカウンセラー氏名：

2. 日 程： 月 日() 時 分 ~ 時 分