

令和5年度 「体験イベント」 申込書  
多摩職業能力開発センター（西立川） 実施分

担当者 高師・田口 宛

FAX番号 042-500-8704

○下欄にご記入のうえ、原則として、各イベント実施日の1週間前までにお申し込み（送信）  
ください。（※これを過ぎた場合は、個別にご相談ください。）

○お申込みから3営業日が経過してもこちらからの連絡が無い場合は、お手数ですが上記担当  
者まで（☎042-500-8700）お問い合わせください。

○キャンセルされる場合は、実施日の2営業日前までに、必ずご連絡ください。

FAX 申込日		令和	年	月	日
学校名 (ご紹介の 支援機関名)	(全日制・定時制・通信制課程) ※高校生の方は課程を選択してください。	担当教員名 (担当者名)			
連絡先	メールアドレス	@			
	電話番号	( )			
	FAX番号	( )			

★ご連絡については、メールで行わせていただく予定です。（正確なご記入にご協力ください。）

<イベント参加者のお名前等> 多摩センター(西立川) 実施分

実施日	イベント名	氏名	ふりがな	性別	学年 (年齢)	当日の緊急連絡先 (電話)
(( 記入例 )) ○月 ○日	Gear Scail 製作	東京 華子	とうきょう はなこ	男 女	1年 才	123-4560-7890
月 日				男 女	年 才	
月 日				男 女	年 才	
月 日				男 女	年 才	
月 日				男 女	年 才	
月 日				男 女	年 才	

★イベントごとに実施場所が分かれています。それぞれ実施場所が申込先となりますので、  
各実施場所ごとに申し込みを取りまとめ、該当する実施場所へ送信（FAX）してください。

\*申込人数が多い場合は、本申込書をコピー増刷のうえFAXしてください。

\*ご記入いただいた氏名などの個人情報、当イベントの運営管理・連絡用にのみ使用いたします。