

年 月 日				
職場体験学習申込書				
大垣消防組合 消防署長				
学校名				
代表者名				
希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 年 月 日 () ~ 月 日 ()			
受講者	人	性別	男子 人	女子 人
責任者	職・氏名 電話			
※受付欄			※経過欄	

注1 申し込みに際しては、受講日時、学習内容、傷害保険の有無等について、相談してください。

2 受講者名簿に記入してください。

3 8時30分から16時00分までを最長時間として下さい。

別紙2

受講者名簿

番号	フリガナ 氏 名	住所	年齢	性別	備考

注意事項

- 1 受講中は、すべて学習指導者の指示に従ってください。学習指導者の指示に従わない場合には、職場体験学習を中止します。
- 2 体験学習内容により実科訓練がありますので、服装についてはトレーニングウェア等の動きやすいもの、履物については運動靴をご持参ください。
- 3 受講中身体等の変調が生じた場合、速やかにその旨を学習指導者に申し出てください。
- 4 やむを得ない理由により欠講される場合は、代表者を通じて速やかにご連絡ください。
- 5 不測の事故等に備えて、傷害保険等に参加してください。