**【報告先】　佐呂間町役場保健福祉課保健推進係宛て（電話０１５８７－２－１２１２）**

**【ＦＡＸ】０１５８７－２－３３６８　　【メールアドレス】**[**hoken@town.saroma.hokkaido.jp**](mailto:hoken@town.saroma.hokkaido.jp)

**【インターネット】**[**https://logoform.jp/f/kTgKa**](https://logoform.jp/f/kTgKa) **または下記ＱＲコードからアクセス**

**【担当者】　保健福祉課保健推進係　山原、室井、青木**

**※参加希望日の６日前までにお申し込みください。**

**佐呂間町オープンタウン（職場見学会）申込書**

申し込み日　　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　　名 |  | | | |
| 住　　　　所 |  | | 年　齢 |  |
| 在籍学校または  所属先 | 学校名 |  | 学　年 |  |
| 所属先 |  | | |
| 電話番号または  メールアドレス |  | | | |
| 学校担当者  の連絡先 | **学校教務等担当者の了解を得た上でご参加ください。** | | | |
| 担当者所属 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 連　絡　先 | 電話 | | |
| 参加希望日程  （下記の日程から選択してください） | 第１希望 | 日 | | |
| 第２希望 | 日 | | |
| 送迎希望の有無 | □希望あり→場所（駅名等：  　　　①到着　　　時、　②出発　　　時　　）  □希望無し | | | |
| 実施日程 | **①７月３０日（水曜日）　/　　②８月６日（水曜日）** | | | |

**※他の参加者人数の状況により参加を調整させていただく場合がありますのでご了承ください。**

**ご不明な点や、折り返しの連絡がない等ありましたら、担当者あてにお電話いただきますよう、**

**よろしくお願いいたします。**