**別紙１**（送付状は不要です）

**佐賀県技能振興コ－ナ―**(佐賀県職業能力開発協会)あて**ＦＡＸ０９５２－２４－５４７９**

**ものづくり体験教室　応募用紙**

**（応募日）　　　　年　　月　　日**

**学校名　　　　　　立　　　　　　　　学校**

**所在地　（〒　　　　　　）佐賀県**

**電話番号　　　　　　　　　　　　　ｆａｘ**

**担当者　職・氏名**

**メールアドレス**

**※できればメールアドレスもご記入ください。**

以下のとおり、応募します。

1. 学年／学級数／人数　　　　　学年　　　　学級　　　　　　人

　保護者の参加予定　（　あり　・　なし　・　未定　）

※「あり」の場合、予定人数　（　　　　）人　　　※学年は新学年で記入

1. 希望の体験コース

・第１希望

・第２希望

・第３希望

1. ものづくり体験教室の実施時期　※実施期間：５～２月

・第１希望　　　月の第　　週頃　　　　　月　　日（　　　）

・第２希望　　　月の第　　週頃　　　　　月　　日（　　　）

・第３希望　　　月の第　　週頃　　　　　月　　日（　　　）

※期日を想定できる場合は、ご記入ください。

②、③は、できるだけ第３希望までご記入ください。

１　平成２８年度ものづくり工場等の見学希望　　　有　　無

２　希望「有」の場合、

　①　学年、人数　　　　　　学年　　　人

　②　希望されるものづくり工場の見学先

　　・第１希望

　　・第２希望

　③　希望時期　　　月の第　　週頃、又は　　月の第　　週頃