**専修学校各種学校団体見学（上級学校訪問）**

**申　　込　　書**

**ＦＡＸ送信表（メール受付可）**

|  |
| --- |
| 一般社団法人　沖縄県専修学校各種学校協会 TEL: 098-917-1080 |
| **ＦＡＸ** | **０９８－９１７－１０８１** |
| **Mail** |  **info@okisenkaku.or.jp** |

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | **記　入　欄** |
| 貴校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校　（ご担当者名　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号/ＦＡＸ | 電話番号：　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 見学希望日時 | 　　　月　　　日（　　　）　　　　　　時　　　　分　　～　　　　時　　　　分 |
| 参加学年 | 　　　　　　　　　　　　　学年 |
| 見学希望校名　① | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　② | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　③ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　④ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　⑤ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　⑥ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　⑦ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　⑧ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　⑨ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 　　　〃　　　　⑩ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　名)　【引率者：有　　　　名・　無　】 |
| 備考 |  |
| バス等の配車をご希望の学校は下記の欄をご記入ください |
| 配車時間 | ：　　　　　　(出発時間　　　　：　　　　　復路の到着時間　　　：　　　) |
| 配車場所（具体的に） |  |
| 備考 |  |

※実施要項等ありましたら、添付下さい。　　　　　申込締切日：実施日より40日前（注）10～11月は60日前