FAX送付先　099－239－0384
鹿児島県介護実習・普及センター　御中

□　ジュニア福祉体験教室 □　介　護　体　験　講　座　実施申込書

申　込　日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）	参加者 人　数	名（引率者　　名） （男　　名）（女　　名）	
ふりがな 団　体　名	学校名（団体名）	学年（学科名）		クラス
実施希望日	※第1希望日に実施できない場合があります。できるだけ第2・第3希望日までご記入ください。			
第1希望	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分			
第2希望	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分			
第3希望	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分			
内　　容	1　高齢者疑似体験 2　車いす体験 3　ユニバーサルデザイン　・　自助具体験 4　福祉用具展示室見学 ※モデルハウス見学【　含む　・含まない　】			希望する内容等を〇で囲んでください。
来館方法	貸し切りバス（　大　・　中　・　マイクロ　）　　台　　自家用車　　台 JR　　市電　　バス　　徒歩　　その他（　　　　）			
来館予定等	□　通常来館 □　雨のみ来館	※6階展望回廊は工事のため使用できません。		
申　込　者	職　名	氏名（ふりがな）		
団体住所	〒			
電話番号		FAX番号		
E-mail アドレス				
備　　考	※他に特記すべきことがあればご記入ください。			