**介護の魅力発信アンバサダー学校訪問事業**

**＜FAX送信表＞
学校　⇒　アンバサダー**

|  |  |
| --- | --- |
| **未来にIPPO（一歩）応援団**申込書 | **依頼先名：****担当者名：** |

**※アンバサダー事業所様は、受け取り後１週間以内に**

**学校あてに連絡してください。**（福井県福祉人材センター）

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名** |  |
| **住　所** |  （〒　　－　　　　） |
| **担当者の職：氏名** |  |
| **連絡先** | （TEL） | （FAX） |
| （e-mail） |
| **参加対象** | **学年** |
| **参加者数** | **人**　※概数で構いません |
| **希望時期** | **第1希望：　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）****第2希望：　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）****第3希望：　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）** |
| **希望時間** | 　　　　　**分**　（　　：　　　　　～　　　：　　　　） |
| **会　　場** |  |
| **希望するテーマや内容****について** |  |

※申込書はHPからもダウンロードできます

HPはコチラ⇒ <https://www.f-shakyo.or.jp>

**■申込についてのお願い■**

本事業は各機関や団体、事業所の協力により実施しています。また、社会全体の繋がりをより高めるため、地域密着を推進しておりますので、申込先の事業所は、できるだけ貴校区の近隣事業所からお選びください。

ただし、双方のスケジュール調整が難しいなど、遠方の事業所に依頼をする場合は、事前に確認いただいたうえでお申込みください。

（※当日は無償で伺います。ご理解のほどよろしくお願いいたします。）