別紙１

ＦＡＸ：０２９－２２６－４７０５

茨城県技能振興コーナー

目指せマイスタープロジェクト 活用意向調査表

|  |  |
| --- | --- |
| 学 校 名 |  |
| ご担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
|  |
| 　本事業の活用を希望されますか？ |
| （　　　）（　　　） | 希望する事業内容を確認したい |
| 　記入をお願いします　　〇 学年・生徒数（　　　　　年生　・　　　　　人）　希望がある場合は記入してください　　〇 実施時期（　　　　　月頃　）　　〇 実施職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |