

送信先FAX 0587-53-0989

家庭科の教員を目指す人へ（家庭科高大連携）申込書

令和 年 月 日

愛知県立 古知野高等学校長 殿

ふりがな 氏名					性別
在籍大学	大学	学部	学科	年	
携帯番号 (必須)	—	—			
メールアドレス (必須)	参加の可否についてはメールで回答します。				

※記入いただいた携帯番号、メールアドレスは本事業の目的以外には使用しません。

希望する参観行事名に○印をつけてください。

参観行事名	針供養
	課題研究発表会
	就業体験報告会

【 ご連絡 】

① 大学生の方から古知野高校へFAXで申込 → ②古知野高校からご本人へ返信