平成　　年　　月　　日

静岡県立科学技術高等学校長　様

科学技術高等学校トリプルシステム協力会登録用紙

科学技術高等学校定時制課程のトリプルシステムの趣旨を理解し、科学技術高等学校トリプルシステム協力会に登録します。

なお、登録期間は登録日より平成24年３月末日までとします。

※受入形態について（○印を記入：複数回答可）

（　　）短期インターンシップ受入　　可能　　日間程度

（　　）アルバイト受入　　可能　　週間程度

（　　）現在は受入状況ではないが、今後も受入について検討する。

※事 業 所 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※事業所住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ＦＡＸ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※担 当 者 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※Ｅ－mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※御意見・御要望等ございましたら以下の余白に御記入ください。

連絡先

科学技術高等学校トリプルシステム事務局

担　当　科学技術高等学校定時制

住　所　〒420-0813　　静岡市葵区長沼500番地の１

電　話　054-267-1144　　ＦＡＸ　054-267-1123