

職場体験

ご担当者様

江戸川区立小岩第二中学校

校長 高萩 広志

令和6年度チャレンジ・ザ・ドリーム（職場体験）生徒受け入れのお願い（依頼）

日ごろより、本校の教育活動に多大なるご理解、ご協力をいただき感謝いたしております。

さて、江戸川区では今年度も区の事業であるチャレンジ・ザ・ドリームを実施し、区内の中学2年生全員の4日間の職場体験を実施いたします。地域の方々とのお触れ合いをとおして、一人一人の生徒が、社会性やコミュニケーション能力を培い、望ましい勤労観・職業観をはぐくみ、自分達の将来を真剣に考える契機にしたいと願っております。

本校におきましても、チャレンジ・ザ・ドリーム事業を下記の要領で実施いたします。つきましては貴事業所の皆様にも、ぜひ御協力いただき、本校生徒に生き方を考える場を与えていただければ幸いです。

記

- 1 実施期間 令和6年10月8日（火）から10月11日（金）までの4日間
- 2 実施対象 江戸川区立小岩第二中学校 2年生189名（男子97名、女子92名）
- 3 実施方法
 - (1) 中学校における職場体験学習の一環ですので、報酬は必要ありません。
 - (2) 体験時間は、原則として9時から15時までです。期間中、生徒は直接職場に伺います。なお、上記時間での実施が難しい場合はご相談ください。
 - (3) 各事業所には、2名から5名程度の生徒の受け入れをお願いしています。
 - (4) 昼食については、各自お弁当、水筒の持参を基本としています。不要な場合等お知らせください。
 - (5) 体験活動実施中は、生徒は体験中の腕章をつけて活動します。
 - (6) 体験内容については、可能な内容で結構です。詳細についてはご相談ください。
 - (7) 事前打ち合わせの日を、9月下旬頃の午後に設定しております。
訪問日時については、事前に電話で相談させていただきます。
なお、ご都合の悪い場合は、回答時に希望日時をご入力ください。
- 4 回答について 別紙「受け入れについての確認事項」にご記入の上、
FAX または郵送でご返答願います。
または、右のQRコードもしくはURLからアクセスしていただくか、
本校ホームページ上にあるフォームへのご入力をもって、
ご返答願います。
提出期限・・・6月28日（金） <https://forms.office.com/r/GZ8vS3KbwK>
- 5 その他
 - (1) 生徒がけがをした場合は「独立法人日本スポーツ振興センター」の保険で対応します。また、生徒が第三者にけがを負わせた場合や器物等を破損した場合は、江戸川区教育委員会が加入する傷害保険で対応します。
 - (2) ご協力いただいた事業所には、江戸川区で作成した協力事業所のステッカーをお渡しします。事業所に掲示していただければ幸いです。
 - (3) その他、ご不明な点がございましたら、直接学校にお問い合わせください。



(連絡先)

江戸川区立小岩第二中学校

担当者 2学年主任（チャレンジ・ザ・ドリーム担当）眞島 健

住所 江戸川区東小岩1-6-10

電話番号 03-3657-1916

ファクシミリ 03-3657-1888

FAX 番号：03-3657-1888

令和6年度 小岩第二中学校 チャレンジ・ザ・ドリーム

受け入れについての確認事項

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-------------------------|-----------|--|
| 事業所名（正式名） | | | | | |
| 事業所代表者名 | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | | | |
| （最寄駅、バス停等） | _____ 駅下車（徒歩 _____ 分）、 | | _____ バス停下車（徒歩 _____ 分） | | |
| 電話 ファクシミリ | 電話 | ファクシミリ | | | |
| 担当者（役職・部署等） | 氏名 _____（ _____ ） | | | | |
| 受け入れ日程の確認 （不可能な日には×印） | 10月8日（火） | 10月9日（水） | 10月10日（木） | 10月11日（金） | |
| | | | | | |
| 活動時間帯 | _____ : _____ から _____ : _____ まで | | | | |
| 受け入れ可能人数 | 男子（ _____ 人）・女子（ _____ 人）の合計（ _____ 人）または男女問わず（ _____ 人） | | | | |
| | 同時期の他校生の受け入れ→ あり（ _____ 中学校） なし | | | | |
| 生徒の適性・要望 | | | | | |
| 活動内容 | | | | | |

| | | | | |
|-----------|-----------|--------------------------------------------|--|--|
| 細菌検査の要否 | 必 要 ・ 不 要 | | | |
| 体験中の注意事項 | | | | |
| 生徒との事前打合せ | 打合せ日 | 9月下旬午後（詳細は後日） | | |
| | 希望日 | _____ 月 _____ 日（ _____ ）※希望がある場合のみご記入ください。 | | |
| | 訪問場所 | | | |
| | 対応者 | _____（役職・部署等 _____） | | |

