令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

代表者名

「高知家の親の育ちを応援する学習プログラム」を

活用した講座・研修会　講師派遣申込書

次のとおり講師の派遣を申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施場所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 日　　時 | 第１希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　　時～　　時第２希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　　時～　　時第３希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　　時～　　時その他（特に日時の指定がない場合　例：○月中旬　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加対象者 |  |
| 予定人数 |  |
| プログラムの希望（有・無） | 有の場合　プログラム名 |
| 担当者連絡先 | 氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| その他連絡事項 |  |

**〈申込み・問合せ先〉**

**〒780-0850　高知市丸ノ内１丁目７番52号　高知県教育委員会事務局生涯学習課**

**ＴＥＬ：088-821-4911　ＦＡＸ：088-821-4505　担当：松井・威能**