|  |
| --- |
| **学校と地域の連携推進セミナー　申込書** |

受講を希望される方は、必要事項を御記入の上、６月18日（火）までに、各市町教育委員会にお申込みください。

・本申込書を受け付け次第、受講決定といたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込先 | （市・町）教育委員会 宛て |

学校と地域の連携推進セミナーを受講したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　　名 |  |
| 連　絡　先 | 〒  TEL： |
| 所属 | 学校名や団体名　など |
| 立場（○で囲んでください。）  ・コーディネーター　・学校支援ボランティア  ・教員　・行政職員　・その他（　　　　　　　　） |
| 研修時の緊急連絡先  教職員以外の方で、上記連絡先と異なる場合は御記入ください。 | TEL  　　　　　（氏名**・**続柄：　　　　　　　**・**　　　） |

※本紙へ記載された申込者の個人情報（住所・氏名・電話番号など）については、研修の運営上必要とする範囲以外は一切使用いたしません。また、申込者の個人情報の漏えい等がなされないよう、総合教育センターにおいて適切に安全管理に努めます。