**地域学校協働活動推進員パワーアップ講座　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 込 先 | （　市　・　町　）教育委員会　宛て |
|

　地域学校協働活動推進員パワーアップ講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
|  |
| 連 絡 先（受講する方） | 住 所 | 〒 |
| ＴＥＬ（御自宅または携帯電話） |  |
| メール |  |
| 研修受講時の緊急連絡先（御家族等）※連絡先と異なる電話番号を御記入ください。 | 氏名　　　　　　　　　　　　続柄　 |
| TEL　 |

※全ての項目に御記入ください。

※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いよう、適切な安全管理に努めます。