（様式１）

B①

令和　　年　　月　　日

高知県教育委員会事務局

保健体育課長様

学 校 名

学校長名

令和６年度　保健教育に関する指導外部講師派遣申請書

　性に関する指導について、この事業を実施したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望する  講師 | 特定の講師を希望する場合、希望講師の氏名をご記入ください。  〔希望する講師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  ※ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。 | | | | |
| 内容  参加人数 | □　生徒への講演・授業　〔対象学年： 　　　年　　　　人〕  □　保護者への講演（　　　　人）　　□　教職員への研修（　　　　人） | | | | |
| 希望する  講演内容 | 外部講師用スライド教材（別添参照）で内容を確認し、重点を置いて話してほしいモジュール名を３つ記入してください。 | | | | |
| １位 |  | | | |
| ２位 |  | | | |
| ３位 |  | | | |
| 実施希望  日時 | 第１希望日 | | 令和　年　　月　　日（　）　　　：　　～　　： | | |
| 第２希望日 | | 令和　年　　月　　日（　）　　　：　　～　　： | | |
| 第３希望日 | | 令和　年　　月　　日（　）　　　：　　～　　： | | |
| 実施場所 | 教室  （収容人数：　　　名） | | | オンライン授業の実施  ＊業務の都合により来校が難しい場合オンライン授業への変更を相談することがあります。 | 可 ・ 不可 |
| アンケート実施方法 | □ 1人1台タブレット端末等ICT機器　　 　 □ 紙 | | | | |
| 担当者等 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　TEL：  E-mail：　　　　　　　　　　　　　　＠g.kochinet.ed.jp  （＊ICT機器でアンケートを実施した場合、結果が見られるURLを送付します） | | | | |