**ヤングケアラー出前授業・教職員研修申込書（学校用）**

下記太枠内にご記入のうえ、**ご希望日の1～2ヶ月前まで**にメールまたはFAXでお申込みください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 担当者名 |  | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| メール |  | | |
| 希望する内容  （いずれか囲む） | 出前授業　　　／　　　教職員研修 | | | |
| 学年 |  | | | |
| 人数 |  | | | |
| 希望日時 | 第１希望日時 | | | |
| 第2希望日時 | | | |
| 第3希望日時 | | | |
| 講義場所  ※決まっていれば |  | | | |
| 〈備考〉  （その他連絡事項等あれば記入してください） |  | | | |

**■問合せ先・提出先**

**高知県高知市丸ノ内１－２－２０**

**高知県子ども・福祉政策部子ども家庭課　児童福祉担当**

**TEL　088-823-9655　／　FAX　088-823-9658　／　Mail 060401@ken.pref.kochi.lg.jp**