**令和７年度 教育相談スキルアップ講座 申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属名  （電話番号） | | （TEL 　　　　 ） |
| 職　名 | | 氏　　　　　名 |
|  | | フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| **●第１回から第４回のすべての回について、次のいずれかに○を**  **入れてください。** | | |
| 第1回  ５月30日（金）  14:30～16:30 | （　　）会場（心の教育センター）で受講する  （　　）各所属（オンライン）で受講する  （　　）受講しない | |
| ★拡大版★  第２回  ８月22日（金）  13:30～16:30 | 注意!！会場と時間が他の回と異なります！  （　　）会場（高知青少年の家：いの町）で受講する  （　　）各所属（オンライン）で受講する  （　　）受講しない | |
| 第３回  10月15日（水）  14:30～16:30 | （　　）会場（心の教育センター）で受講する  （　　）各所属（オンライン）で受講する  （　　）受講しない | |
| 第４回  １月21日（水）  14:30～16:30 | （　　）会場（心の教育センター）で受講する  （　　）各所属（オンライン）で受講する  （　　）受講しない | |
| 上の者の受講を許可する  　 令和 　　　年　　　月　　　日  所属長名 | | |