**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 　　　 　 　　　 |