（様式１）

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

住　　所　〒

学校長名

令和７年度　保健教育（性）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（小学校の場合は参考にして）、重点を置いて話してほしいモジュール名（３つ以内）とその他、具体的な依頼内容がある場合にはご記入ください。  ※設定時間内でご講演いただける項目数にしてください。 | | | | | | |
| モジュール名 | | モジュール名 | | | モジュール名 | |
| その他： | | | | | | |
| 実施希望  日時 | 第１希望日 | 令和　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：　（計　　分間） | | | | | |
| 第２希望日 | 令和　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：　（計　　分間） | | | | | |
| 第３希望日 | 令和　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：　（計　　分間） | | | | | |
| 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 | | | | 本事業の活用  について | | 初 ・ ２回以上 |
| 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） | | | | | | |