空知教育局社会教育指導班宛

E-mail:　saitou.moyuru@pref.hokkaido.lg.jp

FAX :　0126-24-9530

**令和５年度「空知親学セミナー」事業実施申請書**

『空知親学セミナー』の実施を希望します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **市町名・団体名** | **市町名：**  **団体名：**  **代表者職・お名前：** |
| **実 施 希 望 時 期** | **年　　月　　日（　）曜日**  **（　　　　：　　　～　　：　　　）** |
| **参加対象** | **※　対象者を○で囲んでください（複数可）。**  保護者・地域住民・その他（　　　　） |
| **参加予定数** |  |
| **会場** | **会場名：**  **住　所：（〒　　-　　　）** |
| **内容** | **※　希望する内容の[　]内に○印を記入してください。**  ■詳細については、事前にご担当者と打ち合わせいたします。  [　　] 望ましい生活習慣の定着について  [　　] 家庭での学習習慣の定着について  [　　] 家庭での運動習慣の定着について  [　　] インターネットトラブルの防止について  [ 　 ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **※　希望する内容についての現状や困りごとを記入してください。** |
| **実施に当たっての要望等** |  |
| **担当者氏名・連絡先** | **担当者氏名：**  **ご連絡先：** |