

令和5年度 学校支援実践講座 新規受講申込書

(ふりがな) 氏 名	()
受講のきっかけ ※該当する項目にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 配付された資料を見て <input type="checkbox"/> 市の HP を見て <input type="checkbox"/> 過去の受講者からの紹介(受講者名) () <input type="checkbox"/> その他 ()
受講の目的	----- ----- -----
ご連絡先 ※本事業の目的にのみ使用いたします	住 所 〒 _____ <hr/> 携帯電話 () 電話番号 () メールアドレス _____
所属・活動等 ※学校地域連携推進課の事業に関わる選択肢を挙げています。右記以外で、学校・子ども・地域に関わる活動等をされている方は、ぜひ「その他」にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 地域学校協働活動推進員 <input type="checkbox"/> 青少年相談員 <input type="checkbox"/> 学校運営協議会委員 <input type="checkbox"/> PTA 関係者 <input type="checkbox"/> コミュニティクラブ関係者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 放課後子ども教室スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()

ご記入の上、【持参・郵送・メール】のいずれかの方法で、学校地域連携推進課までご提出ください。

※メール…手書きの書類を撮影の上、画像添付でも可



問い合わせ・書類提出先

市川市教育委員会 学校地域連携推進課 (担当：野村)
 〒272-0023 市川市南八幡2-20-2 TEL:383-9386
 E-mail : gakuchi-jissen-koza@city.ichikawa.lg.jp