

講師派遣希望届

教育委員会名	〇〇教育委員会	
所属課	〇〇課	
担当者氏名	〇〇 〇〇	
電話番号	012-345-6789	
メールアドレス	***@*****	
希望講師 ／ 希望日時	第1希望	(プルダウンから選択してください) 〇月〇日(〇) 〇:〇~〇:〇
	第2希望	(プルダウンから選択してください) 〇月〇日(〇) 〇:〇~〇:〇
	第3希望	(プルダウンから選択してください) 〇月〇日(〇) 〇:〇~〇:〇
	第4希望	(プルダウンから選択してください) 〇月〇日(〇) 〇:〇~〇:〇
	第5希望	(プルダウンから選択してください) 〇月〇日(〇) 〇:〇~〇:〇
想定している研修名	〇〇県生徒指導担当者連絡会議	
研修に参加する想定人数	〇人程度	
想定している会場名	〇〇県総合教育センター	
会場の住所	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	
会場へのアクセス	JR〇〇線〇〇駅からバス10分	
備考	<p>※インターネット安全教室を選択した場合は、SNSに加えて希望する講義内容があれば、ご記載ください。</p> <p>例: 情報モラル、スマートフォンの安全な使い方、パスワード管理等</p>	