

受講申込書(サテライト研修 FAX用)

(申込日) 平成 年 月 日

やまぐち総合教育支援センター所長 様
(FAX申込先)

- () 教育研修部 教職研修班
083-987-1200
- () 教育支援部 学校支援班
083-987-0209
- () 教育支援部 情報教育班
083-987-1201
- () ふれあい教育センター
083-987-1259
- () 子どもと親のサポートセンター
083-987-1259

学校・研究会名		
代 表 者	所 属	
	職 氏 名	
	T E L	

※ サテライト研修の担当部(班)・センター別に、()内に○を付けて申し込んでください。
下記のとおりサテライト研修を申し込みます。

記

講座番号 講座名	出前研修プラン	SD		
	所内研修プラン	SC		
	リクエストプラン	SR 001	※ 研修内容の概略を御記入ください。	
希 望 日 時	第1	平成 年 月 日 (曜日)		
	希望	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
	第2	平成 年 月 日 (曜日)		
	希望	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
	第3	平成 年 月 日 (曜日)		
	希望	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
場 所 <small>※ 所内研修プランの場合不要</small>	所在地:			
	会場名:			
参加予定者数	幼稚園()人	小学校()人	中学校()人	
	高等学校()人	特別支援学校()人	その他()人	
	合 計()人			
担当者連絡先	所 属		T E L	
	職氏名		F A X	
			E-mail	
サテライト研修 を知った方法 (複数回答可)	ア 以前利用したことがある ウ 同僚・知人からの情報 オ リーフレット・チラシ キ その他 ()	イ センターウェブページ エ 研修会等 カ メールマガジン・ニューズレター等)		
備 考				

センター記入欄

受付日 平成 年 月 日