**2023年度「赤ちゃん先生」派遣助成金申請書**

　　　　年　　　月　　　日

公益財団法人日本教育公務員弘済会京都支部長　様

下記のとおり申請します。希望日程は打合せ時に決定しますが、おおよその希望月を記入ください。

小学校連続開催の場合は、初回の希望月をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **実施希望時期** | | | **実施希望時限** | |
| 第1希望 月頃 | | | 限目（ ： ～ ： ） | |
| 第2希望 月頃 | | | 限目（ ： ～ ： ） | |
| 第3希望 月頃 | | | 限目（ ： ～ ： ） | |
| **参加学年** | | **クラス数** | | **1クラスの人数** |
| 小学校　　　　　　　　　　年生  中学校　　　　　　　　　　年生  高等学校　　　　　　　　　年生  特別支援学校 | | クラス | | 人 |
| **開催規模** | | **希望開催スタイル** | | **開催希望回数** |
| □ クラスごとの開催  □ 学年全体での開催  □ その他（　　　　） | | □ オンライン開催（zoom)  □ リアル開催（対面授業） | | 回  ※１～３回。小学校は5回連続開催も可能。 |
| **応募理由・本プロジェクトを知ったきっかけ** | | | | |
|  | | | | |
| **貴校の課題・赤ちゃん先生を通して生徒に伝えたいこと** | | | | |
|  | | | | |
| **開催にあたり、注意すべき事項・質問事項等** | | | | |
|  | | | | |
| **学校名** |  | | | |
| **学校住所** |  | | | |
|  | 印 | | | |
|  |  | | | |
| **電話番号** | ( ) ― | | | |
| **FAX番号** | ( ) ― | | | |
| **メールアドレス** | ＠ | | | |

※申込書は郵送してください。

◇送付先 〒606-8397 京都市左京区聖護院川原町4-13　京都府教育会館内

公益財団法人日本教育公務員弘済会京都支部(℡075-752-0149)

2023年6月30日（金）当日消印有効