ライフプラン設計講座の実施に係る希望調査票

学校名

担当者名

ＴＥＬ

E-mail

１　実施希望について

　　以下のいずれかにチェック☑をお願いします。希望しない場合は回答不要です。

□　　　希望する

□　　　興味があるので、詳細を聞いてから決めたい

１で「希望する」を選択した場合は２を記入願います。

２　希望の詳細について

⑴　実施希望時期　　：　　　　　　　月頃

　⑵　対象学年及び人数：　　　　　　　年生　　　　　　　人程度

　⑶　実施コマ数　　　：　　　　　　　コマ分

３　その他

御質問や御要望等ありましたら御記載ください。

|  |
| --- |
|  |

お忙しいところ希望調査に御協力いただき、ありがとうございました。

御回答いただきました内容につきまして、後日、御連絡差し上げます。

|  |
| --- |
| ３月21日（金）までに、下記あて御送付願います。  保健福祉部子ども子育て支援室　担当　柴田あて  メール：AD0007-3@pref.iwate.jp  ＦＡＸ：019-629-5464  郵　送：〒020-8570　盛岡市内丸10-1　子ども子育て支援室 |