郵送：〒840-８５７０　佐賀市城内1-1-59　　　佐賀県こども家庭課　YC講座担当宛

E-mail：kodomo-katei@pref.saga.lg.jp FAX:0952-25-7300

別紙様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日**①申込団体の記入欄** | 　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 希望日時※業務の都合により、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。 | 第１希望：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　分 |
| 第２希望：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　分 |
| 参加予定者 | 対　象：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人数：　　　　　　　　 |
| 希望する講演内容 | （例）対象者に合わせて、専門用語を少なくしてもらいたい |
| 外部講師希望 | * あり　　　　　□　なし　　　　（希望される場合、申請は6か月前まで）
 |
| 開催予定会場 | 会場名：  |
| 住 所： |
| 連絡先 | 担当者：　 |
| 住　所：　 |
| TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| E-mail： |

※上記の太枠内のみ記入し、E-mail、FAXまたは郵送にて佐賀県こども家庭課へ提出してください。

**②佐賀県こども家庭課からの決定連絡**

**②佐賀県立生涯学習センター（アバンセ）からの決定連絡**

下記内容での開催が決定しましたのでお知らせします。　＜連絡日：　　　　　年　　　月　　　日　＞

|  |  |
| --- | --- |
| 講座日時 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　）　　　　　　時　　　　　分～　　　　　時　　　　　分 |
| 参加予定者 | 対　象：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人数： |
| 外部講師依頼 | □あり　　　　　□　なし　　　　（希望される場合、申請は6か月前まで） |
| アンケート協力 | * 可　　　　　　□　不可
 |