

NPO法人 大阪ライフサポート協会 宛て

FAX番号:06-6370-5884

平成 年 月 日

学校PUSH「モデル校」認定 申請書

| | | | |
|-----|---------------|------|--|
| 学校名 | 国立 | | |
| | 公立 | | |
| | 私立 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 電話 | | |
| 記入者 | お名前 | | |
| | 担当教科 | | |
| | 電話: 携帯電話: | FAX: | |
| | ※必須 Eメールアドレス: | | |
| 学校長 | お名前 | 承認印 | |

※個人情報は厳重に管理、協会との連絡目的意外に利用しません

《確認事項》

意思あり(○をつけてください)

| | |
|------------------------------|--|
| ①将来にわたり、授業枠内でPUSH講習を行う | |
| ②指導者講習を受講し、次回以降は自校内で自立して開催する | |

「モデル校」(授業枠)の開催希望

※ 第2希望まで必須

※ 児童対象講習会は最大40名まで

| | 月・日(曜日) | 授業枠(開始～終了時間) | 年・組 | 人数 |
|------|---------|--------------|-----|----|
| 第1希望 | 月 日 () | 時間目(~) | | |
| 第2希望 | 月 日 () | 時間目(~) | | |
| 第3希望 | 月 日 () | 時間目(~) | | |

《協会使用欄》

| 受付日 | 受付番号 | 認定 | 備考 |
|-----|------|----|----|
| | | | |

《申込み・問合せ先》

大阪ライフサポート協会事務局 TEL:06-6370-5883 (月曜.水曜.金曜 10時~17時)
担当:田中 FAX:06-6370-5884
Email:osakalsa1@comet.ocn.ne.jp