

小学生CAPプログラム 実施依頼書

◆下記の各欄に必要事項をご記入の上、SAP子どもサポートセンター事務局（ウィメンズセンター大阪内）までご返信ください。 E-mail : wco@wco-net.jp FAX : 06-6632-7012

学校名					
学校所在地	住所	〒			
	TEL ()		・ FAX ()		
学年担当者	*いずれかに○をお付けください。 教頭 ・ 年生担任 ・ 他 :				
PTA (保護者) 窓口担当者 おられる場合のみ ご記入ください	氏名				
	住所	〒			
	TEL ()		・ FAX ()		
◆子どもワークショップを実施するためには、事前に教職員・保護者の各ワークショップが必要です。 ◆子どもワークショップの所要時間は授業時間2時限分です。					
おとな ワー クシ ョッ プ	内 容	第1希望		第2希望	
	教職員向け	月 日 ()		月 日 ()	
	所要時間 約2時間	時 分 ~ 約2時間		時 分 ~ 約2時間	
	保護者向け	月 日 ()		月 日 ()	
	所用時間 2時間	時 分 ~ 2時間		時 分 ~ 2時間	
子 ど も ワ ー ク シ ョ ッ プ	学 年	クラス数	第1希望	第2希望	第3希望
	年	クラス	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	年	クラス	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	年	クラス	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()

ご記入日 20 年 月 日