

平成 年 月 日

# 「異文化理解」教育プログラム

講 義 申 込 書 ( 新規 変更 )

公益財団法人 国際理解支援協会 事務局 御中

●下記の要領により国際理解教育を実施いたしたく、留学生講師の手配をお願い致します。

学 校 名	高等学校 中学校 小学校	校長名	(印)
所 在 地	〒	担当者名	(印)
電話番号	— —	FAX番号	— —
最 寄 駅	線 駅下車		
	①徒歩の場合 ( ) 出口から徒歩(約 分) ②バスの場合 ( ) 出口の( ) 番乗り場から、 ( ) 行きのバスに乗車(約 分)し、 バス停( ) で下車、徒歩(約 分)		
希 望 日	平成 年 月 日 ( 曜日)	講義時間	*実際の講義時間帯をご記入下さい。 時 分 ~ 時 分 ( 分授業 × 回)
対象学年	年生	希望講師数	名
講義形態	*学級単位の場合(生徒・児童 名 × クラス) *学級単位以外の場合、具体的にお書きください。 ( )		
	教育課程上の位置付け	①総合的な学習の時間 ②その他( )	
講義のねらいと内容	特に希望される授業内容についてご希望がありましたら、具体的にお書きください。 ( )		
希望する国・地域	①協会に一任する。 ②希望する国・地域がある。(ただし、ご希望に添えないこともあります) ( )		
お申込み	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 今年度( 月ころ) <input type="checkbox"/> 昨年度( 月ころ) <input type="checkbox"/> 3年前以前		

<お申込み方法> (講義希望日の2ヶ月前までにお申し込み)

お申し込みは、この用紙でFAXしてください。  
FAX送信後、確認の為お電話をお願いします。

FAX **03-3234-5322**  
TEL **03-3234-5321**