

県立高校生学習活動コンソーシアム 申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな			
学校名	高等学校（全・定・通科）		
ふりがな			
担当者	職	氏名	
連絡先	電話番号（ ）	－	ファクシミリ番号（ ）
	担当者メールアドレス		
	学校ホームページ URL		
実施予定科目			
単元名			
コンソーシアム 連携のねらい			
対象生徒	学年	名程度	
	（複数クラスの場合 クラス数（ ）		1クラス人数（ ）人
希望連携先	機関名		
	プログラム名		
	<small>※県立高校生学習活動コンソーシアム協議会参加機関・団体一覧よりお選びください。検討中・未定でも可</small>		
実施希望日	第一希望	年 月 日（ ）	時 分～ 時 分
	第二希望	年 月 日（ ）	時 分～ 時 分
	第二希望	年 月 日（ ）	時 分～ 時 分
	<small>※検討中の場合 月（ 上旬・中旬・下旬 ）頃</small>		
実施希望場所	教室・体育館・連携機関・その他（ ）		
実施希望内容	1. 出前授業 2. 通常授業 3. 施設見学、体験等 4. その他（ ）		
実施計画(案)			
<small>※フロー形式で簡潔に例)</small>			
<small>①事前学習(資料等)</small>			
<small>②講師による講義・体験</small>			
<small>③生徒発表 ④振り返り</small>			
	<small>※欄が足りない場合は裏面にご記入ください</small>		
記録のための写真撮影	可 ・ 不可		
連携先ホームページ・印刷物等への写真掲載	可 ・ 不可		

※実施希望日の約3か月前までにお申し込みください

※補足事項・ご質問・ご相談等は裏面にご記入ください

※この用紙は連携希望内容説明用として連携希望先に提出します

※連携先への訪問に同行していただき、事前打ち合わせを行う場合があります

※県立高校生学習活動コンソーシアム HP <http://www.pref.kanagawa.jp/docs/dc4/koukou-conso/>

<p>問合せ・申し込み先</p> <p style="text-align: center;">神奈川県教育委員会教育局指導部高校教育課高校教育企画室高校教育企画グループ</p> <p style="text-align: center;">TEL: (045)210-8254 / FAX: 045-210-8922 E-mail: koukou-conso.46ky@pref.kanagawa.lg.jp</p>
--

県立高校生学習活動コンソーシアム

補足事項・ご質問・ご相談等

※今回の連携で特に期待したい点、連携先講師との事前調整で強調したい点等を具体的にご記入ください