令和　　年　　月　　日

ESDアドバイザー派遣申請書

　ESDアドバイザー派遣制度設置要綱に基づき、次のとおり申請します。

|  |
| --- |
| １．派遣を希望するアドバイザー（ご希望が分からなければセンターにご相談ください） |
| アドバイザー名： |
| ２． 派遣希望日時 |
| 第１希望：令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分第２希望：令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分第３希望：令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分 |
| ３．解決したい課題を具体的にご記入ください |
|  |
| ４．派遣を通して知りたいこと・どのような助言が必要かを具体的にご記入ください |
|  |
| ５．対象者（主な対象者として想定される方をご記入ください） ※本制度は教職員・スタッフ等が対象です |
| 　（**参加予定人数　　人）**６．派遣形態（該当する項目に☑を入れてください） |
| □個別相談・コンサルティング　　　　　□関係者向け研修（講演/ワークショップ）　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７．派遣先（該当する項目に☑を入れてください。会場は「会議室」など具体的な場所までご記入ください） |
| 　□対面　会場名称：　　　会場住所：□オンライン ※使用ツールはZOOMとなります。事前に回線テストを行わせていただきます。 |  |
| ８．使用可能設備（アドバイザーが当日使用できるものを☑にてお知らせください） |
| □黒板/ホワイトボード □スクリーン □パソコン □DVDプレーヤー □その他（　　　　　　）□オンラインミーティング実施環境（マイク、スピーカー） |
| ９．利用条件の確認（該当する項目に☑を入れてください） |
| □派遣の目的がESDの導入・実践・課題解決であること 　□対象がESDの実践者であること　□申請団体が非営利団体（行政団体を含む）であること　　□宗教・政治活動が目的ではないこと |
| 10．ご申請者 |
| 学校・機関・団体名称 |  | 代表者氏名 |  |
| （フリガナ）担当者氏名 | （　　　　　　　　　） | 担当者ご所属 |  |
| ご住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |