（様式１）

「地域移行支援アドバイザー派遣」申請書

令和　　年　　月　　日

岡山県教育庁保健体育課長　殿

所　属

代表者

（担当職名・氏名）

（TEL）

(アドレス)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施場所 | 会場名 |  |
| 住所 |  |
| 派遣希望日時 | 令和　　年　　月　　日　　（　　）  　　　　　　　　　時　　分　～　　　　　時　　分 | |
| 参加予定人数 | 1. 学校関係者（　　　）　②市町村担当者（　　　）　③地域担当部局（　　　） 2. スポーツ推進委員等のスポーツ指導者　（　　　）　　合　計　（　　　人） | |
| 伺いたいことを右より○で選択してください。 | ・関係者の理解　　・実施主体の確保  ・指導者の確保　　・指導者の質の確保  ・施設の確保　　　・費用負担の在り方  ・全般 | |
| 自由記述  (困っていることなど、具体的なことがあれば記述ください。) |  | |
| 【送付先】〒700-8570 岡山市北区内山下２－４－６  　　　　　　　　　　　Email:jiyunji\_miyazaki@pref.okayama.lg.jp  　　　　　 岡山県教育庁保健体育課　学校体育班　宮崎宛 | | |

※　ご連絡は、派遣希望日の１か月前までにお願いします。