

〈しが学校支援センター〉 学校支援メニュー 相談・依頼書

依頼日                      年            月            日

校 園 名	立			
対 象 者	学 年	学 級 数	人 数	
相談・依頼者 連絡先	電話番号	—	—	
	FAX番号	—	—	
	E-mail			
担当教員名				
希望支援 メニュー	分野名			
	コード			
	テーマ			
支援団体等名				
支援希望 時期/日時等 (現状わかる 範囲で)	第1希望	月	日	曜日    :    ~    :
	第2希望	月	日	曜日    :    ~    :
	第3希望	月	日	曜日    :    ~    :
学習支援にかかる ご相談、ご要望等があればお 書きください				
連絡先: 〒520-8577 大津市京町四丁目1-1 滋賀県教育委員会事務局生涯学習課内 しが学校支援センター TEL:077-528-4654                      FAX:077-528-4962 e-mail: ma0601@pref.shiga.lg.jp				

\*以下、学校支援センター使用欄(記入不要)

支援団体名	
(担当者)	
(連絡先)	