**花 育 体 験 事 業 実 施 申 込 書**

中央農業改良普及センター　FAX 0598-42-7762

E-mail：sakury02@pref.mie.lg.jp (櫻井)

**申込日：令和　　　年　　　月　　　日**

※選定結果は、10月中旬頃にE-mailで御連絡します。E-mailでの連絡に不都合がある場合は、希望する連絡方法（電話またはFAX）に〇印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名等 |  |
| （フリガナ）  担当者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| F A X |  |
| E-mail |  |
| 実施希望時期 | 令和　 年　 月～　　月頃を希望 |
| 対象学年 |  |
| 対象人数 |  |
| 希 望 す る  体 験 内　容 | 目安時間：２限、生産者等による県産花き花木の紹介＋体験教室  体験教室は、以下の希望する内容の（　　）に〇をつけてください。  （　　）①　卒業式・入学式に向けた寄せ植えづくり  （　　）②　保護者と生徒での寄せ植え体験  （　　）③　教職員向け花育・寄せ植え体験  （　　）④　学校花壇への植え込み  （　　）⑤　花苗生産の仕事を聞く授業  （　　）⑥　その他（※希望内容欄に記載してください） |
| これまでの  花育活動  取組実績 | ※本事業を活用した花育活動の取組実績（実施回数）の欄に〇を  　 つけてください。  （　　）　今回の申請が初めて  （　　）　過去に２～３回の実績有り  （　　）　過去に４回以上の実績有り |
| 希望内容  相談内容  （自由記載） | （希望する内容や相談したい内容について自由に御記入ください） |