

(様式1)

記入：平成 年 月 日

返信用FAX

宛先 青少年交流センター ユースパル 行 018-847-6350

### 活動計画表

(学校・学年)	(電話)
(担当職・氏名)	(FAX)

(研修のねらい)
----------

月 日 ( )		月 日 ( )	
予定時刻	活動 (場所・研修室)	予定時刻	活動 (場所・研修室)
(備考)		(備考)	
(利用人数) 人	(生徒) 人、(女) 人	(引率) 人、(女) 人	

※様式に倣い、時刻と活動(場所・研修室)を明記した研修日程表を作成してください。

(必要に応じて行・列・頁を自由に編集してください。)

ユースパルバスの利用	なし・あり	※「あり」の場合は希望を備考欄にご記入下さい。
研修プログラムの利用	なし・あり	※「あり」の場合は後日担当よりご連絡いたします。

秋田県青少年交流センター(ユースパル)