

令和7年度花育体験推進事業実施申込書

申込日：令和 年 月 日

※選定結果は、6月下旬頃にE-mailで御連絡します。E-mailでの連絡に不都合等がある場合は、希望する連絡方法（電話またはFAX）に○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 - m a i l	
実 施 希 望 日	第1希望：令和 年 月 日（ ） 午前・午後 第2希望：令和 年 月 日（ ） 午前・午後 希望日がない場合：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○をつけてください。 ① バラ、ガーベラを使用したアレンジメント （ ）フラワーアレンジメント（9月～翌年2月） ② 花壇苗を使用したハンギングバスケットづくり体験 （ ）寄せ植え体験（9月～翌年2月） ③ 花壇苗を使用した寄せ植え体験 （ ）寄せ植え体験（9月～翌年2月） ④ 観葉植物等を使用した寄せ植え体験 （ ）寄せ植え体験（9月～翌年2月） ※講師選定等の都合上、御希望に添えない場合があります。

希 望 内 容 (自由記載)	<u>(希望する内容について自由に御記入ください)</u>
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○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
今 後 の 花 育 活 動 計 画	(自由に御記入ください)