

平成 29 年 6 月 1 日

保護者の皆様

愛媛県 P T A 連合会 会長 渡邊 誠一

愛媛県 P T A 連合会防災活動研修事業

～つなごう未来への思いを 広げようあふれる愛顔を～ 参加募集について

- 【事業目的】 ○ 東日本大震災の甚大な被害からの復興の現状を直接感じ取ることで、自分たちができることを考える機会とする。
○ 被災地の人々と一緒に過ごして交流を深めることで、被災地の人々と共感しながら生きていくための資質や能力を育成する。
○ 今回の事業で得た思いや知識を愛媛県内の中学生と分かち合うことで、被災地の人々と県内中学生との橋渡し役を担う。
- 【主 催】 愛媛県 P T A 連合会
【後 援】 愛媛県教育委員会 愛媛県小中学校長会
【募集対象者】 愛媛県内在住で愛媛県 P T A 連合会に所属している中学校在籍の中学生
【募集人数】 30 名 ※参加希望者多数の場合は、地域や学年等のバランスを考慮して、選考いたします。
- 【行程概要】 平成 29 年 8 月 3 日（木）～ 5 日（土） 2 泊 3 日
※現地の状況等により行程が変更する場合がありますのでご了承ください。
8 月 3 日 松山空港集合、出発式。飛行機（7:40 頃発）・新幹線を乗り継ぎ、陸前高田市（14:30 頃着）。「復興現場」見学と陸前高田市長による講話。夕食後、学習会。…（大船渡市内宿泊）
8 月 4 日 奇跡の一本松見学後、高田東中学校仮設住宅訪問と自治会の方々との交流会。地元の銘菓作り体験。民泊体験（受入家庭ごとに体験活動実施）。…（陸前高田市内 民泊）
8 月 5 日 民泊体験終了後、陸前高田市（11:00 頃）出発し、新幹線・飛行機を乗り継ぎ、松山空港（18:30 頃）へ到着。その後、解散式。
※同行スタッフとして、愛媛県 P T A 連合会役員等（女性役員も含む）・医療関係者 1 名・旅行代理店関係者 1 名 計 10 名程度の予定
- 【参加費】 50,000 円（予定）
【準備物等】 ※参加決定者に、後日、詳細な資料（日程・準備物等）をご連絡します。
【申込みについて】 お申し込みは、裏面の【申込み上の注意】をよく読んだ上で、F A X 用紙に必要な事項を記入してお申し込みください。
- 【参加決定】 参加・不参加の決定は、愛媛県 P T A 連合会事務局から 6 月 20 日（火）までに郵送でお知らせいたします。**最終決定は、参加費を指定日までに指定の口座に振り込み確認後とさせていただきます。指定日までに参加費の振り込み確認ができない場合は、参加決定を取り消させていただきます。**
- 【問合せ先】 本事業についてのお問い合わせは、
愛媛県 P T A 連合会事務局 TEL(089) 963 - 4237 9:00～17:00 まで
お願いいたします。土日月曜日は事務局不在で対応できませんので、ご了承ください。なお、昨年度の本事業の様子は、愛媛県 P T A 連合会ホームページでご覧いただけます。

【申込み上の注意】

- 被災地・復興現場の見学や体験活動などが中心となります。本事業の目的を十分にご理解の上、お申し込みください。
- 8月3日（木）から8月5日（土）までの全日程、そして、7月15日（土）事前学習会（松山市）と8月中旬報告会（松山市）への参加を原則条件とします。
また、9月2日（土）までに、原稿用紙3枚程度のレポートも提出していただきます。
- 医療関係者も同行しますが、健康面や体力面で不安がある人は応募をご遠慮ください。
- ✂切りを平成29年6月15日（木）17:00 必着とさせていただきます。

送付先:愛媛県PTA連合会 事務局(FAX 089-963-4231)

愛媛県PTA連合会防災活動研修事業

～つなごう未来への思いを 広げようあふれる愛顔を～

参加申込書

参加者氏名	ふりがな	性別	男 ・ 女	年齢
学校名		学 年 組	年	組
保護者名	ふりがな	連 絡 先 (携 帯 等)	優先 1	参加者との続柄 ()
住所	〒		優先 2	参加者との続柄 ()
			優先 3	参加者との続柄 ()

【参加の動機を書いてください。参加者直筆でお願いします。】

【確認及び同意事項】 個人情報为本事業に使用するのみとし、主催者は関係法令を遵守いたします。主催者が参加者リストを作成する場合は、必要項目のみで作成します。主催者は個人情報における重要事項等を厳重に管理いたします。参加中に撮影した写真や感想文などを、主催者が愛媛県PTA連合会企画事業やホームページ・冊子等に使用する場合、それを承諾いたします。申込者及びその保護者は、その他記載事項を確認・同意したので、署名押印して申込するものとします。

平成29年 月 日

愛媛県PTA連合会長 様

参加生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

※ FAX送信の際に、印影が写るように押印をお願いします。

