幼保小の架け橋プログラム推進事業要請訪問研修実施要項

新潟県幼保小架け橋センター

1　ねらい

幼保小の架け橋プログラム総括コーディネーターや地域アドバイザー等が市町村、幼児教育施設（幼稚園、保育所及び認定こども園をいう、以下同じ。）及び小学校等を訪問し、指導・助言、研修支援を行うことで、幼保小の円滑な連携・接続を図る。

2　訪問対象

県内全市町村、幼児教育施設、幼児教育団体、小学校、義務教育学校、特別支援学校

3　訪問する担当者

新潟県幼保小架け橋センターに所属する幼保小の架け橋プログラム総括コーディネーター等

4　内容

（１）幼保小の架け橋プログラムの推進についての助言等
（２）小学校（特に１年生）の授業改善に向けた指導・助言等

5　訪問時間

原則として、月曜日から木曜日の午前９時から午後５時までの間とする。

6　訪問手続き

（１）幼児教育施設や学校が訪問研修を希望する場合は、４月 24 日（金）までに、「幼保小の架け橋プログラム総括コーディネーター等訪問依頼書」（別紙様式②・③）を、市町村担当課へメールで提出する。
市町村担当課は、幼児教育施設や学校からの希望があった場合、５月１日(金)までに当センターへ報告する。（市町村・団体の希望がある場合はそれを含め）
県立学校は、直接当センターへ申し込む。

（２）新潟県幼保小架け橋センターは、訪問依頼書に基づき、訪問日時及び訪問者等を決定し、依頼者へ連絡する。

（３）依頼者は、訪問に際して打合せ後、必要な資料等を用意する。

7　その他

（１）申し込み多数により希望日に添えない場合は、調整させていただく場合がある。

（２）年度途中に訪問依頼希望が生じた場合は、依頼者は、当センターへ相談する。

様式①

幼保小の架け橋プログラム統括コーディネーター等訪問依頼書（市町村・団体用）

令和　　年　　月　　日

新潟県幼保小架け橋センター宛
電話　　025-280-5220
E-mail　ngt-youji@pref.niigata.lg.jp

1　申請者

所属名		電話番号	
住　所		E-mail	
ふりがな		ふりがな	
代表者名		担当者名	

2　訪問希望内容

（依頼内容及び要望事項などを簡潔に記入ください。

3　参加者及び人数について

	職　　名	人数
参加者（予定）		人
		人
		人
		人
	計	人

4　希望日・訪問時間について

第１希望	月　　日（　）　時　分～　時　分
第２希望	月　　日（　）　時　分～　時　分
第３希望	月　　日（　）　時　分～　時　分

様式②

幼保小の架け橋プログラム統括コーディネーター等訪問依頼書（幼児教育施設用）

令和　　年　　月　　日

新潟県幼保小架け橋センター宛
電話　　025-280-5220
E-mail　ngt-youji@pref.niigata.lg.jp

1　申請者

園・所名		電話番号	
住所		E-mail	
ふりがな		ふりがな	
代表者名		担当者名	
園児数	０歳児（　　）人　１歳児（　　）人　２歳児（　　）人 ３歳児（　　）人　４歳児（　　）人　５歳児（　　）人		

2　訪問希望内容

（依頼内容及び要望事項などを簡潔に記入ください。）

3　参加者及び人数について

参加者	園・所長（管理職）	（　　）人
	保育者	（　　）人
	その他職員	（　　）人
計		人

4　希望日・訪問時間について

第１希望	月　　日（　）　時　分～　時　分
第２希望	月　　日（　）　時　分～　時　分
第３希望	月　　日（　）　時　分～　時　分

上記の時間のうち保育参観時間
：　　～　　：

様式③

幼保小の架け橋プログラム統括コーディネーター等訪問依頼書 （学校用）

令和　　年　　月　　日

新潟県幼保小架け橋センター宛
電話　　025-280-5220
E-mail　ngt-youji@pref.niigata.lg.jp

1　申請者

学校名		電話番号	
住　所		E-mail	
ふりがな		ふりがな	
校長名		担当者名	
児童数	全校児童数（　　人）　／　内１年児童数（　　人）		

2　訪問希望内容

（依頼内容及び要望事項などを簡潔に記入ください。

3　参加者及び人数について

参加者（予定）	管理職	（　　）人
	教　員	（　　）人
	保育者	（　　）人
	その他	（　　）人
	計	人

4　希望日・訪問時間について

第１希望	月　　日（　）　時　分～　時　分
第２希望	月　　日（　）　時　分～　時　分
第３希望	月　　日（　）　時　分～　時　分