仙台市小学校理科学習アシスタント事業　様式２－３

　　 R○仙○○○第○○号

　　　　　　 　 令和○年○月○○日

仙台市教育センター所長 様

　　　　　　　　　　　　 学校番号［ ○○ ］

　　　　　　　　学 校 名　仙台市立 ○○○　学校

校　　長 　　○○　○○　　 印

令和○年度　理科学習アシスタント年間勤務予定票

１　登録番号　　　【　　　○‐　○ ○　　　　　　　】

２　氏名　　　　　【　　　○ ○　○ ○ 　 　】

３　担当教員名　　【　　　○ ○　○ ○　　 　　　 】

４　配置学年・学級

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 第４学年 | 第５学年 | 第６学年 |
| 学級数 | ○ | ○ | ○ |

５　理科学習アシスタントが勤務する主な曜日及び時間帯

|  |  |
| --- | --- |
| 主な勤務日 | 時　間　帯 |
| ○曜日 | ○○：○○～○○：○○ |

６　年間勤務予定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **月** | **勤務予定回数** | **月** | **勤務予定回数** |
| **７月** | 回 | **１１月** | 回 |
| **８月** | 回 | **１２月** | 回　回４　回　　回 |
| **９月** | 回 | **１月** | 回　　回 |
| **１０月** | 回 | **２月** | 回 |
|  | | **計** | **１８　　回** |

※　勤務時間は３時間を１回としてください。

※　理科学習アシスタントの初回勤務日に打ち合わせをし，事務局に提出してください。