

学習支援事業参加申込書

多治見市社会福祉協議会長 様

年度の学習支援事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

生徒氏名	(ふりがな)	性別	男 ・ 女
学 校 名	中学校	学年	年
住 所	〒 - 多治見市		
保 護 者	氏 名	続柄	
	(自宅) (携帯)		

※兄弟姉妹が参加する場合は、1枚ごとに別途記入してください。

保護者同意事項

- 1 私は、学習支援事業の実施内容を確認したうえで、会場への場所移動に責任を持ち、上記の者が学習支援事業を利用することに同意します。
- 2 私は、上記の者が学習支援事業を利用するにあたり、必要な範囲内で多治見市子ども支援課及び学校等関係機関と連携し、私の世帯員に関する情報を共有することに同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(続柄 : _____)