令和６年度　学習支援事業　利用申込書

ふりがな				
保護者氏名				
連絡先	□電話　□FAX □携帯　□e-mail			
住所	〒 愛南町			
世帯の状況	□ひとり親世帯　□生活保護受給世帯 □就学援助受給世帯　□その他（　　）			
ふりがな		性別	□男	□女
対象となる児童（生徒）の氏名				
生年月日				
学校名		学年	年	
家族構成（保護者・対象児童（生徒）以外の同居者）				
氏名　続柄　（　歳）		氏名　続柄　（　歳）		
氏名　続柄　（　歳）		氏名　続柄　（　歳）		
氏名　続柄　（　歳）		氏名　続柄　（　歳）		
苦手な科目・勉強したい科目があれば記入して下さい。				
昼食を提供するため、子どもさんに食物アレルギーがあれば記入して下さい。				
子どもさんに関して配慮してほしいことがあれば記入して下さい。				

愛南町社会福祉協議会会長　様

学習支援事業の利用にあたり、申込書に記入した私の世帯の個人情報を愛南町社会福祉協議会が事業に必要な範囲で関係する公的機関に提供することに同意します。また、実施場所に通う際の安全確保に配慮し、事故等があった場合はその責任を負うことに同意します。

保護者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿