

お手数ですが、下記用紙に必要事項を御記入の上、以下学校 FAX にて、御提出願います。

学校 FAX: 053-485-3947【こども学習支援】コトバシヨ担当者宛

問 合 わ せ TEL 053-485-0215 (県立浜松湖東高校 担当:中村、片桐)

## 生徒参加加入申込書 兼 保護者同意書

申し込み日:令和 年 月 日

氏名(生徒)	フリガナ	生 年 月 日		
		年 月 日 (満 歳)		
学 校 名	立 学校	学 年	年 生	
氏名(保護者)	フリガナ			
住 所	県 市			
T E L	自宅( )- -		携帯 - -	
緊 急 連 絡 先	連絡先名	TEL	- -	
			- -	
備 考				
参加可能日 (○で囲む)	6/17、7/8、9/9、9/16、10/28、11/4、12/9、1/20、2/3			

私(世帯員を含む。以下「私等」という。)は、コトバシヨ(こども学習支援)について実施内容を理解したうえで学習支援の参加加入申込を行い、学習支援ボランティア(湖東高校ボランティア生徒)の指示に従い学習支援を受けることに同意します。提供する私等の個人情報については、本事業により学習支援の実施に必要と判断された範囲内での利用及び関係機関への情報提供に同意します。

またコトバシヨ実施会場への通いについては、安全確保に配慮し、すべての責任を負うことについて同意いたします。

令和 年 月 日

申請者(保護者)氏名

(自署しない場合は、押印してください)

(宛先)静岡県立浜松湖東高校校長