

平成29年度 学習支援事業（ブリッジルーム）利用申込書

ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生徒氏名		生年月日	平成 年 月 日
学校名	中学校	学 年	年 組
住 所	〒 _____ 稲沢市		
保護者	氏 名		続柄
	電 話		
	E-mail		
受講希望会場	<input type="checkbox"/> ブリッジルーム 国府宮（稲沢市総合文化センター 国府宮3丁目1-1-101）		
	<input type="checkbox"/> ブリッジルーム 平和（平和らくらくプラザ 平和町横池三番割19）		
	<input type="checkbox"/> どちらでもよい		
気を付けてほしいこと等			

稲沢市長 様
 社会福祉法人 稲沢市社会福祉協議会長 様

私及び私の子どもは、学習支援事業（ブリッジルーム）について、事業内容を理解した上で上記のとおり申込みます。なお、申込みにあたり次のことについて同意いたします。

- 1 上記の申込みについて相違がないこと。
- 2 個人情報学習支援事業実施に必要な範囲内で共有されること。
- 3 会場までの行き帰りの安全確保に努め、責任を負うこと。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者（中学生）署名

印

保護者署名

印