

様式第1号

学習支援登録申請書

平成 年 月 日

ふりがな			⑩
氏名			
住所	〒 -		
連絡先	<input type="checkbox"/> (電話) <input type="checkbox"/> (FAX) <input type="checkbox"/> (携帯) <input type="checkbox"/> (E-mail)		
ふりがな		性別	男・女
児童氏名			
学校名		学年	年生
希望する学習教科			
希望する学習支援方法	<input type="checkbox"/> 自宅への派遣 <input type="checkbox"/> 地域の施設など		
希望日時	月・火・水・木・金・土・日・特になし		
※希望の曜日は一つに○印を記載してください	時	分	～ 時 分 ・ 時間不問
家族構成（申請者・対象児童以外の同居者）			
氏名	続柄	年齢	職業等
留意事項			

(注意事項)

・学習支援方法で、「地域の施設など」を希望された方は、地域で複数名の希望がない等により実施できない場合があります。

・郵送又はFAXでの送信も受付ます。

◇ 816-0804 福岡県春日市原町3丁目1番7号クローバープラザ6階 福岡県母子寡婦福祉連合会

◇ FAX:092-584-3923

整理番号