|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | | 学年・組 | 年　　　組 | | |
| （ふりがな） 氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 性別 |  |  |  |
| 自宅住所 | 〒 　　　　　　区 | | | 電話番号 |  |  |  |
| 保護者氏名 **※必須** | 印 | | | FAX |  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |  |  |  |
| ※ここでご記入いただく情報は、本事業における連絡調整等の目的でのみ使用し、他の目的には一切使用しません。 | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
| ★希望参加日、参加希望施設をご記入ください。 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| 希望の体験先　　　　　　日程 ※  記入例 | | 番号 | 日程 | 団体・事業者名 | | | |
| ***Ａ－①*** | ***８／５（金）*** | ***子育てティーサロン*** | | | |
|  | /　　　（ 　）～　　/　　　（　 ） |  | | | |
|  | /　　　（ 　）～　　/　　　（　 ） |  |  |  |  |
|  | /　　　（ 　）～　　/　　　（　 ） |  |  |  |  |
|  | /　　　（ 　）～　　/　　　（　 ） |  | | | |
|  | /　　　（　 ）～　　/　　　（ 　） |  | | | |
| できるだけ複数の体験希望先をお書きください。  ※たくさんの人が同じ施設・日程に集中した場合は事務局で抽選となるため、  できるだけ複数の体験希望先をお書きください。 | | | | | | | |



～令和４年～

「夏ボラ体験」　申込書

豊田地域ケアプラザ

横浜市栄区飯島町1368－10

（豊田地区センターの隣）

TEL 864-5144 　FAX 864-5904

E-Mail

[toyoda@yokohamashakyo.jp](mailto:toyoda@yokohamashakyo.jp)

担当：杉崎（すぎざき）