|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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

担当：杉崎（すぎざき）