

学習支援事業参加申込書

申込月日 平成 年 月 日

山形県ひとり親家庭福祉会
理事長 殿

(保護者)

住所

氏名

印

() 教室) に以下のとおり参加を申し込みます。

保護者について		
郵便番号	〒	
電話番号 (自宅)		
電話番号 (携帯)		
家庭の状況	子ども 人	父母との同居の有無 有 無

参加を希望する子どもについて			
氏名・性別・年齢		男 女	才
学校名・学年	年生		
不得意な教科			
得意な教科			
移動手段・距離		約	キロ

*申し込み先

〒990-0021 山形市小白川町2-3-31

特定非営利活動法人 山形県ひとり親家庭福祉会

担当: 伊藤

電話: 023-622-5570

FAX: 023-674-0740