

令和 7 年度学習支援事業利用申込書

ふりがな 利用者氏名	(男 ・ 女)		
生 年 月 日	平成	年	月 日
学 校 名	長中 ・ 南中 ・ 北中 (学年) 年		
住 所	長久手市		
保護者氏名			
本人との関係			
電 話 番 号	携帯電話 自宅電話 緊急連絡先 メールアドレス		
同 意 書			
長久手市長 殿			
私たちは、長久手市学習支援事業の内容を理解し、同事業の利用申込みをします。 また、学習支援において、事業受託者、自立相談支援機関、福祉事務所、その他 関係機関等と情報共有することに同意します。			
令和7年 月 日			
保護者氏名			印

◎案内チラシの募集内容「対象」で該当するものの番号に○をつけてください。

【 ① ② ③ ④ 】