

小千谷市長 あて

小千谷市子どもの学習・生活支援事業利用申請書兼同意書

以下のとおり、小千谷市子どもの学習・生活支援事業の利用を申請します。

(フリガナ) 子どもの氏名	性別	生年月日	学校名	学年
		年 月 日	学校	
		年 月 日	学校	
住所	小千谷市			
緊急連絡先 (保護者等)	氏名	電話番号 (自宅又は勤務先)	携帯電話番号	
		()	()	
		()	()	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 就学援助受給世帯 <input type="checkbox"/> 母子世帯 <input type="checkbox"/> 父子世帯 <input type="checkbox"/> その他			
同意事項	<p>子どもの学習・生活支援事業の内容を理解し、同事業による学習及び生活支援を受けることに同意します。また、同事業における必要な名前、住所、学校での情報等の個人情報を学習支援等の目的のために関係機関等で利用されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 _____</p>			