

## 利用（新規・継続）申込書

令和 年 月 日

糸満市長 殿

私は、糸満市学習等支援事業の利用について申し込みます。

ふりがな	
申込者（保護者） 氏 名	
住 所	〒
電話番号	

利用者（生徒）氏 名	生年月日	性別	学年	通学学校名	備考
(ふりがな)	平成 年 月 日				
食物アレルギーの有無	有 ・ 無	【原因食物】			
生活保護受給の有無	有 ・ 無				
就学援助の有無	有 ・ 無				
かかりつけの医療機関	有 ・ 無	【医療機関名】			

緊急時連絡先（利用者本人や保護者に至急に連絡したいとき使います。）

保護者の携帯電話番号	
生徒の携帯電話番号（持ってる場合）	

個人情報の取り扱いに関する同意

私は、糸満市子供の居場所（学習等支援）事業の利用について、申込者並びに利用者の事業実施に係る個人情報の取得、利用及び提供について同意します。

保護者氏名

印