

## 日本語学習サポート事業利用申請書

年 月 日

学校教育課長 様

公益財団法人いわき市国際交流協会理事長 様

申請者 住所

(保護者自署) 氏名(サイン)

日本語学習サポート事業の利用について次のとおり申請します。

対象児童生徒氏名 ・ 性別 ( 男 ・ 女 )	姓		名	
	ふりがな			
	漢字			
	ローマ字			
生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)		直近の来日年月： 年 月	
学校名・連絡先	学校名	学校	担当者名	
	校長名		TEL	
学年	日本	年 組在籍	母国	学年 月まで在学
		年 月 日		
国籍/ルーツをもつ国	国籍		ルーツをもつ国	
在留資格/期限	資格		期限：	年 月 日まで
母語/理解できる言語	母語		言語：	
日本語能力や学校生活の状況				
希望する支援内容				
留意点				
備考	保護者名 (子どもとの関係) 及び連絡先 父： _____ (電話： _____ ) 母： _____ (電話： _____ )			