令和６年度　さいたま市不登校等児童生徒支援センター（Growth）

スキルアップメンター　応募票

記入日 令和 　 年 　 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな 氏 名  　　　　 注 署名によらない場合は押印をしてください | 生年月日（西暦）　　　　　年　　月　　日 | 写 真  |
| 学校名大　学大学大学院専門学校 |
| 学部・学科（コース）  | 学年  　　　年 |
| 教育相談室・教育支援センター・フリースクール等の利用経験の有無有　　・　　無 | 利用施設名 |
| 現住所 〒    | 連絡先電話番号（本人に日中連絡がつくもの）  さいたま市教育委員会からの連絡が可能な曜日・時間帯 （ 　　　　　　　　　　　　 ）  |
| 緊急連絡先電話番号（本人に何かあった場合の連絡先） （名前： 　　　続柄：　　　　 ）  |
| 教育実習  | 実習校名（予定校名）  | 実施時期（予定時期）  | 個人賠償責任保険等の加入済 ・ 未  |
| 済 ・ 未  |   | 令和 　 年 　月  |
| 希望する時期 | ５月 ・ ６月 ・ ７月 ・ ８月 ・ ９月 ・１０月・１１月　・１２月 ・ １月 ・ ２月 ・ ３月 |
| 活動可能な曜日  | 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日 | 週 　 回程度  |
| ※学校支援ボランティア等推薦書の希望（面接時記入） | 学校支援ボランティア等推薦書の説明を受け、希望の有無を確認しました。有　・　無　　令和　 年 月　　 日　氏名　　　 　　　※面接時に確認させていただく謝礼につきましては、年度途中に変更することはできませんので予め御了承ください。 |
| そ の 他(希望等) |
|  |

※ 上記の個人情報については、本事業に関してのみの用途で使用します。

※「学校支援ボランティア等推薦書」の欄は、面接時に確認しますので、**空欄で**提出してください。

※ 携帯電話にさいたま市教育委員会不登校等児童生徒支援センターの電話番号０４８－６８８－１４５３を登録しておいてください。