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。