様式1

受付No.

南部町子どもの居場所支援員申込書（代表者用）

　　　　　　　　　代表者のほか2名以上の支援員個票（様式2）も添付して申請してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 代表者氏名 | (フリガナ) | 性別 | 男　　・　　女 |
|  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　生 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　　　－ | | |
| 電話番号 |  | 携帯電話  番号 |  |
| Eメール  （任意） | @ | | |
| 職業 |  | | |
| 開設希望地区 | 開設希望の地区を〇で囲んでください。  福地地区　　　名川地区　　　南部地区 | | |
| 意思確認 | 南部町子どもの居場所試験的開設事業実施要項及び支援員募集要項の内容を理解し、申し込まれましたか。  また、あなたは申し込み代表者であるため、添付した支援員個票の方々のリーダーとなり、地域の子供たちの健全育成にご尽力いただけますか。  該当する方を〇で囲んでください。  　　　　　　　はい　　　いいえ | | |