

住之江区発達障がいサポーター仮登録申請書

申請日 平成 年 月 日

ふりがな			連絡先電話番号
氏名			
住所		生年月日	
(〒 -)		昭和 平成 年 月 日(満 歳)	
職業等	<input type="checkbox"/> 大学等在学中	学校名・学部・専攻等・学年	
	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 無職		
資格等	(発達障がいや、子どもたちとの関わりに関係しそうな資格や経験をお持ちでしたら記載してください)		
(活動可能な学校)	<input type="checkbox"/> 区内の全小・中学校	<input type="checkbox"/> 住之江小学校	<input type="checkbox"/> 住吉第一中学校
	<input type="checkbox"/> 粉浜小学校	<input type="checkbox"/> 平林小学校	<input type="checkbox"/> 加賀屋中学校
	<input type="checkbox"/> 安立小学校	<input type="checkbox"/> 加賀屋東小学校	<input type="checkbox"/> 住之江中学校
	<input type="checkbox"/> 敷津浦小学校	<input type="checkbox"/> 新北島小学校	<input type="checkbox"/> 新北島中学校
	<input type="checkbox"/> 加賀屋小学校	<input type="checkbox"/> 南港光小学校	<input type="checkbox"/> 南港北中学校
	<input type="checkbox"/> 住吉川小学校	<input type="checkbox"/> 南港桜小学校	<input type="checkbox"/> 南港南中学校
	<input type="checkbox"/> 北粉浜小学校	<input type="checkbox"/> 清江小学校	<input type="checkbox"/> 真住中学校
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 南港みなみ小学校	
活動可能な日時	曜日	時間帯	その他
	月	時 分～ 時 分	
	火	時 分～ 時 分	
	水	時 分～ 時 分	
	木	時 分～ 時 分	
	金	時 分～ 時 分	
	土	時 分～ 時 分	
日	時 分～ 時 分		
同意書	<p>私は、「発達障がいサポーターとして活動していただく際の注意事項」を確認したうえで申請します。また、この「住之江区発達障がいサポーター仮申請書」に記載した個人情報や、住之江区の発達障がいサポート事業に利用するため、住之江区内の大阪市立小学校及び大阪市立中学校へ提供することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p>		