

やまがたひとり親家庭学習塾参加申込書

申込月日 平成 年 月 日

県母子寡婦福祉連合会理事長 殿

(保護者)

住所

氏名

印

やまがたひとり親家庭学習塾に以下のとおり参加を申し込みます。

保護者について	
郵便番号	〒
電話番号（自宅）	
電話番号（携帯）	
家庭の状況	子ども 人 父母との同居の有無 有 無

参加を希望する子どもについて		
氏名・性別・年齢	男 女	才
学校名・学年	年生	
不得意な教科		
得意な教科		
移動手段・距離	約	キロ

\*塾の場所

- ・山形県総合社会福祉センター 3階 第3会議室  
(〒990-0021 山形市小白川町2-3-31)

一般財団法人山形県母子寡婦福祉連合会  
担当：伊藤  
電話：023-633-0962  
FAX：023-633-0961