申込先　羽村市子育て支援課児童青少年係

（FAX番号　042-554-2921）

令和５年度　青少年応援プロジェクト＠羽村

（夢チャレンジセミナー）

**参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性別 |
| 氏名 |  | | | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生 | | 年齢 | | 歳 |
| 住所 | 〒205-  羽村市  電話番号　　　（　　　） | | | | |
| 学校名 | 学校 | 学年・組 | | 年　　組 | |
| 応募理由 |  | | | | |
| 質問したいことなどをご記入ください。 | | | | | |

羽村市長　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

「青少年応援プロジェクト＠羽村」に参加することに同意します。

保護者氏名

「青少年応援プロジェクト＠羽村」に参加するにあたり、今後発行される市の刊行物(広報、

報告書等)及び市公式サイトへの氏名・活動写真等の掲載に同意します。

保護者氏名

受付№