令和6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 |  |  |
| 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 | 年　　 |
| 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、氏名・活動写真等の掲載および撮影に同意

します。※市の刊行物(広報、報告書等)、市公式サイト、報道機関による取材・記事(新聞等)

保護者氏名

受付№