別紙１ （１人１枚使用）

 　令和６年　　　月 　日

（一社）茨城県子ども会育成連合会

　　　 理事長 　町　田　　満　宛

 市町村名

 保護者氏名（自著）

 令和６年度「２０２４子ども会リーダー研修会」参加申込書及び参加承諾書

下記の者の参加について承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  氏名（ふりがな） | 性別 | 学校種学年 | 住　 所（アパート名等まで正確に） （電話番号）緊急時につながる番号  | 子ども会安全共済会についての確認どちらかに○を付ける  |
|  |  男 女 | 小学中学高校義務中等 ( 年)JL OB |  〒 　　(電話 　　　 　　) | **※小学生以外は記入する。**（　）加入（　）未加入 |
| 食物アレルギーの有無 |  無・有（食材 　　　　　 ） |

※電話番号は緊急時に連絡のとりやすい携帯番号等を記入願います。

　（電話連絡のできない方の参加は、原則としてできません。）

※食物アレルギーの有無はどちらかを○で囲み、有の方は具体的な食材を記入下さい。なお、全ての食材に対応できるわけではありません。また、上記の個人情報は本事業以外には使用いたしません。

※活動記録の写真については広報誌・ホームページ等に、感想文については広報誌に掲載されること　についても承諾願います。

※トラブルを防ぐため、活動内容、感想等を個人のＳＮＳにアップすることはやめてください。

・別紙２　　　　　　　　　　　　 令和６年１０月１４日（月）茨子連に必着

**令和６年度「２０２４子ども会リーダー研修会」参加申込者一覧表**

参加者は　　下記の通りです。（どちらかを○で囲む）

　　　　　 　おりません。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  № |  （ふりがな） 氏　　名 | 性別 | 小中高義中等学年 | 〒  住　　　　　　所 （電話番号） | 　アレルギーの有無 | 　所属市町村子連･組織名子ども会共済の加入状況（どちらかを○で囲む） |
| １ |  |  |  |  |  | 加　入　･　未加入 |
| ２ |  |  |  |  |  | 加　入　･　未加入 |
| ３ |  |  |  |  |  | 加　入　･　未加入 |
| ４ |  |  |  |  |  | 　加　入　･　未加入 |
| ５ |  |  |  |  |  | 加　入　･　未加入 |

* 人数が５名以上の時は、用紙をコピーして使用してください。

令和６年 月 日　　　　　　　　　市町村・子連・組織名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込責任者名

（一社）茨城県子ども会育成連合会理事長 町田　満 宛

 　　FAX番号　　　　０２９－２２８－３３７８

 　　 E-mail　ibaraki@kodomo‑kai.or.jp