

令和8年度ワークキャンプ事業 参加申込書

宇土市社会福祉協議会 様

次のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

本人氏名	(ふりがな)	生年月日	
連絡先	住所		
	本人電話番号 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (- -)		
学校名		学年	年生
参加希望日 (<input checked="" type="checkbox"/> を付ける)	第1希望	<input type="checkbox"/> 8月5日(水)	第2希望
		<input type="checkbox"/> 8月6日(木)	
		<input type="checkbox"/> 8月7日(金)	<input type="checkbox"/> 8月5日(水)
		<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 8月6日(木)
			<input type="checkbox"/> 8月7日(金)
			<input type="checkbox"/> 第1希望のみ

以下の事項は保護者が確認・記入してください。

1. 上記の者を、ワークキャンプに参加させること。
 2. ワークキャンプ活動中の写真や感想文等は、宇土市社会福祉協議会や協力施設の広報等に使用される場合があること。
- ※特別な事情や配慮が必要な場合は、事前に当会までご連絡ください。

上記に同意します。

保護者氏名： _____ (署名又は記入押印)

住所： _____

電話： _____ (日中連絡が取れるもの)

申込先

社会福祉法人宇土市社会福祉協議会

〒869-0492 宇土市浦田町44番地

電話 0964-23-3756

ファックス 0964-22-4971