青少年赤十字一日リーダーシップ・トレーニング・センター

参　加　承　諾　・　推　薦　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |  | |  | | |  |  | | |
|  |  | | | 学 年 | | 年 | | | 性別 | 男・女 | | |
| 氏　　名 |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 住　　所 | 〒  電話（　　　－　　　－　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | 緊　　急  連 絡 先 | | 氏　名 | |  | | | | | 本人との続柄 | | | |  |  | |  |
| 電話（　　- 　　- 　　　）携帯（ 　　-　　 - 　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | |
| 青少年赤十字リーダーシップ・トレーニング・  センター参加経験　（　有　・　無　） | | | | | 参加学年  （　　　）年時 | | | | | | | |  |
| 児童・生徒会等の  役　　 職 　　名 | |  | | | | | 青少年赤十字経験  年数　（　　）年 | | | | | |
| 食物アレルギーについて | | 有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | |  |

※　本事業の様子を写真に撮り，広報に使用することがあります。

上記の者が，（　小 ・ 中 　）学校一日リーダーシップ・トレーニング・センターに参加することを承諾します。

　　　　　　　　　保護者氏名　（　　　　　　　　　　　　）

上記の者を適任者と認め、標記リーダーシップ・トレーニング・センター参加者として推薦します。

　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

学校名

　　　　　　　　　　　校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

* 記載された個人情報は、一日トレセンにおいてのみ使用します。