（別紙）

学習支援事業は週２回開催予定ですが、対象者が参加できるのは、週１回となりますので、希望日に〇を付けてください。

前年度の参加の有無についても〇を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ・月曜日 | ・土曜日 |
| 前年度参加：　有　・　無 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ・月曜日 | ・土曜日 |
| 前年度参加：　有　・　無 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ・月曜日 | ・土曜日 |
| 前年度参加：　有　・　無 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ・月曜日 | ・土曜日 |
| 前年度参加：　有　・　無 | |

※参加人数の都合により、希望にそえない場合がございますので、あらかじめご了承願います。