社会福祉法人テレビ朝日福祉文化事業団助成申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者記入欄 | ※太線の枠内のみ記入して下さい |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人テレビ朝日福祉文化事業団理事長　角南　源五　殿 |  　 年　　　月　　　日**申請者**施設名代表者(役職・氏名)　〒・住所電話番号メールアドレス |
| 下記、児童　 　名分の児童福祉施設で生活する子どものための「スタディサプリ」学習支援助成を賜りたく申請します |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 対象者 | 児童氏名 | 　　　　（　学年　　　　　　年生　　　歳） |
| 施設担当者名 |  | 電話 | メールアドレス |

≪以下事業団使用欄≫

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請受付日 |  | 送付日 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |