

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	