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 | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |