

子ども日本語学習サポーター派遣申請書

財団法人岡山県国際交流協会
理事長 殿

平成 年 月 日

申請者 団体等の名称 _____

代表者名 _____

印

次のとおり、子ども日本語学習サポーターの派遣を申請します。

| | | | | | | |
|---------|------------------------------|--|----|-------|----|--|
| 派遣先 | 学校等機関名 | | | | | |
| | 所在地 | 〒 _____ | | | | |
| | 交通機関等 | 最寄り駅・停留所 _____ (JR・バス路線名 _____) 駅等からの距離 約 _____ km、徒歩 _____ 分 | | | | |
| 連絡責任者 | 所属 ^{ふりがな} / 氏名 | | | | | |
| | TEL | | | FAX | | |
| | E-mail | | | | | |
| 対象児童・生徒 | ふりがな 氏名 | | | | | |
| | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 学年 | |
| | 出身国・地域 | | | 母語 | | |
| | 来日年月 | 年 月 | | 来日時年齢 | | |
| | 滞日期间 | <input type="checkbox"/> (年 月まで(予定)) <input type="checkbox"/> 未定 | | | | |
| | 日本語学習歴 | 年 月 | | | | |
| | 学校内での支援状況 (2・3は当てはまるものに○) | 1. 特別な支援は何もしていない。 2. 学校内の教員等による支援を(していた・している・する予定)) 内容() 期間・頻度() 3. 学校外からの支援を(受けていた・受けている・受ける予定)) 内容() 期間・頻度() | | | | |
| | 日本語能力 | ※別紙「日本語能力等チェックリスト」にて回答 | | | | |
| | 本人・家族の同意 | <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない(理由: _____) | | | | |

※裏面もご記入ください。

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|---|
| 希望派遣期間 | 平成 年 月 日()～平成 年 月 日() | | |
| 希望する活動内容 (希望する箇所にチェック 及び記載) | 場所 | <input type="checkbox"/> 学校(活動予定場所:) <input type="checkbox"/> 地域の公民館等() | |
| | 曜日・時間帯等 | (週 / 月)に()回程度 第1希望: 曜 時 分～ 時 分 第2希望: 曜 時 分～ 時 分 第3希望: 曜 時 分～ 時 分 | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 授業中又は放課後の個別日本語指導 <input type="checkbox"/> 授業中の教室内での教科学習補助 <input type="checkbox"/> 授業中又は放課後の個別教科学習補助 <input type="checkbox"/> その他() ※具体的に希望する活動内容があれば、[]内に記入してください。 [] | |
| 経費負担について | 経費負担方法 (希望する方法の□ にチェック) | <input type="checkbox"/> A…申請者が協会に支払う方法 <input type="checkbox"/> B…申請者が直接サポーターに支払う方法 ※経費負担方法の詳細については、「利用の手引き」を参照してください。 | |
| | 経費負担に関する 連絡担当者 | 所属・役職 | |
| | | 氏名 | |
| | | 住所 | 〒 |
| | | TEL/FAX | / |
| | メールアドレス | | |

【留意事項】

1. 派遣回数は、10回を上限とします。
2. サポーターの1回当たりの活動時間は3時間までとします。週1～2回程度を目安としてください。
3. 派遣申請書は対象児童・生徒ごとに提出してください。

* 申込み・問合せ先 *

(財)岡山県国際交流協会 企画情報課 情報班
〒700-0026 岡山市北区奉還町2-2-1
TEL: 086-256-2914 FAX: 086-256-2489
E-mail: info@opief.or.jp