（様式5）

子ども通訳・メンタルサポーター派遣　報告書／Supporter report

日付／Date: 　　. 　　.

公益財団法人佐賀県国際交流協会　理事長 様／Dear Chief Director.

氏名／Name

次のとおり、子ども通訳・メンタルサポーターの活動を報告いたします。

I will report the activities of the supporter as below.

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名  Name of school |  |
| 児童・生徒氏名  Name of Student |  |
| 活動日時  Activity date and time | Date　 　 .　　 .　 　. Time　　　：　　　～　　　： |
| 活動内容  Activity content  ※当てはまるものに〇をつけてください。 | 1　学校・保護者間の通訳／Interpreter between parents and teachers.  通訳言語／Language　(　　　　　　　　　 　)  2　児童・生徒のメンタルケア／Child mental health care  3　その他／Other (　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　) |
| 具体的な活動内容  Activity details |  |
| 気付いたこと  Points I noticed |  |
| 学校の対応  School response |  |
| 協会使用欄  Office use only |  |

留意事項／Notes

1. FAXまたはE-mailでご提出ください。／Please submit via FAX or E-mail.
2. 1回の活動につき1枚ご提出ください。／Please submit one sheet at a time
3. 活動終了後、7日以内にご提出ください。／Please submit within 7 days.