（様式7）

子ども通訳・メンタルサポーター派遣　報告書

　　年　　月　　日

公益財団法人佐賀県国際交流協会　理事長　様

報告者　学校名

代表者名

（　公　印　省　略　）

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣内容 | 通訳　　　・　　メンタルケア  ※当てはまるものに〇をつけてください。 |
| 派遣日時 | 年　　月　　日　　　：　　　～　　　： |
| 派遣サポーター氏名 |  |
| 児童・生徒氏名 |  |
| サポーターの派遣は依頼内容に合致していましたか。 | 1. はい   理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  2　いいえ  理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| サポーターの派遣は役に立ちましたか。 | 1. はい   理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  2　いいえ  理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今後もサポーターの  派遣を希望されますか。 | 1. はい   理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  2　いいえ  理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他気づき、改善して欲しいことなど |  |

留意事項

1. 1回の活動につき1枚ご提出ください。
2. 派遣終了後、7日以内にご提出ください。
3. 提出方法 ： メールにてデータをお送りください。（kodomo@spira.or.jp 宛）