（様式2）

子ども通訳・メンタルサポーター派遣申請書

　　年　　月　　日

公益財団法人佐賀県国際交流協会　理事長　様

申請者　学校名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、子ども通訳・メンタルサポーターの派遣を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣先 | 学校名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡責任者 | 役職 |  |
| 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 | 　　　年 |
| 出身国・地域 |  | 母語 |  |
| 来日(予定)年月 | 　 年　月 | 来日時年齢 | 　　　歳 |
| 日本語学習歴 | 年　　ケ月 | 帰国予定年月 | 　 年　月 |
| 依頼 | 依頼言語 | 　　　　　　　　　　　　　　　 語 |
| 希望日時 | 第1希望 | 　年　月　日（　）　　時 分 ～　時　分 |
| 第2希望 | 　年　月　日（　）　　時　 分 ～　時　分 |
| 依頼内容 | 1　学校・保護者間の通訳　　　2　児童・生徒のメンタルケア3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 具体的な内容 | 例：担任と保護者との面談において、通訳をしてほしい。例：学友とのトラブルがあり、話を母語で聞いてほしい。 |

留意事項

1. 詳細は「外国につながりを持つ子どもへの学習支援事業」実施要綱をご覧ください。
2. 派遣申請書は対象児童・生徒ごとに提出してください。
3. 1回あたりの活動時間は2時間までとします。