

坂下高等学校 地域応援サポーター登録票

ふりがな お名前	[男・女] () 歳
ご連絡先	ご住所 電話番号 FAX 番号 メールアドレス
サポート内容 (ご希望される項目に○をつけてください。いくつでも結構です。)	1 生徒が出場する大会や演奏会・展示会等への応援参加 2 本校会場で実施するイベント等のサポート 3 本校が実践する教育活動の参加・支援・見学 4 その他 ()
資格・スキル (特になければ空白で結構です。)	
サポート可能な曜日・時間等	曜日： 月・火・水・木・金・土・日 時間： 午前・午後 () ~ ()
ご質問・ご要望等	

※ ご提供いただいた個人情報は厳重に管理し、地域応援サポーター業務以外には使用しません。

※ FAX 送信票 (この用紙を FAX いただくか、**坂下総合事務所**にご持参ください。)

坂下総合事務所内坂下高等学校活性化協議会担当糸魚川 TEL (0573) 75-2111
FAX (0573) 75-4704