

ひとり親家庭無料学習支援(高崎教室)の 参加者募集について

一般財団法人群馬県母子寡婦福祉協議会(群馬県母子会)は、高崎市内在住の母子・父子家庭の児童を対象に、無料の学習支援事業を行います。

- 主催 一般財団法人群馬県母子寡婦福祉協議会
- 協力 高崎市、新町母子寡婦会、NPO法人ターサ・エデュケーション
- 趣旨・目的 ひとり親家庭の児童の居場所づくり、学力の向上や健全育成を目的とします。
- 対象者 高崎市在住の小学校1年生から6年生、15名程度
- 実施期間 令和3年6月～令和4年2月
- 実施時間帯 土曜日(月2回程度)10時～11時45分
- 実施場所 高崎市中心公民館(高崎市末広町27番地)
- 参加費 無料。ただし教材を使用する場合は、実費負担していただく場合もあります。教室までの送迎は、保護者の責任でお願いします。
- 科目 国語、算数、理科、社会、英語
- 児童の募集 募集期間は、令和3年4月1日から5月21日までです。裏面の「ひとり親家庭無料学習支援(高崎教室)参加申込書」を、群馬県母子会に郵送又はFAXで、提出してください。
- その他 応募数が多い場合は、先着順で参加者を決定します。



お問い合わせ・お申し込み先

〒371-0843 前橋市新前橋町13-12

一般財団法人群馬県母子寡婦福祉協議会

電話 027-255-6636

FAX 027-255-6652



ひとり親家庭無料学習支援(高崎教室)参加申込書

私どもは、群馬県母子会主催の【ひとり親家庭無料学習支援事業】の趣旨を理解し、この事業への参加を申し込みます。また、この事業の利用に当たっては、運営者が定める目的・実施要領等を守ることに同意いたします。

令和 年 月 日

(ふりがな)		印
保護者 氏名		
住 所	〒	
自宅電話		
携帯電話		
メールアドレス		
緊急連絡先	職場、その他() 電話先()	

1	(ふりがな)	
	お子さん 氏名	
	小学校名	年生
	生年月日	平成 年 月 日生まれ 性別 男・女
	得意科目	
	不得意科目	
	アレルギー等	なし ・ あり()
	その他 要望等	
2	(ふりがな)	
	お子さん 氏名	
	小学校名	年生
	生年月日	平成 年 月 日生まれ 性別 男・女
	得意科目	
	不得意科目	
	アレルギー等	なし ・ あり()
	その他 要望等	
3	(ふりがな)	
	お子さん 氏名	
	小学校名	年生
	生年月日	平成 年 月 日生まれ 性別 男・女
	得意科目	
	不得意科目	
	アレルギー等	なし ・ あり()
	その他 要望等	

注1 FAXあて先：群馬県母子寡婦福祉協議会（027-255-6652）

注2 台風等により臨時休講する場合などは、保護者の方が仕事で電話に出られない時にメールで連絡させていただきますので、メールアドレスの記入をお願いします。

ひとり親家庭無料学習支援(前橋教室)の 参加者募集について

一般財団法人群馬県母子寡婦福祉協議会(群馬県母子会)は、群馬県内在住の母子・父子家庭の児童を対象に、無料の学習支援事業を行います。

- 主催 群馬県
- 実施 一般財団法人群馬県母子寡婦福祉協議会
NPO法人Next Generation
- 協力 市町村母子会
- 趣旨・目的 ひとり親家庭の児童の居場所づくり、学力の向上や健全育成を目的とします。
- 対象者 群馬県内在住のひとり親家庭の小学校1年生から6年生、15名以内。
- 実施期間 令和3年6月12日(土)～令和4年2月26日(土)
- 実施時間帯 土曜日(22回予定)13時30分～15時30分
- 実施場所 群馬県ぐんま男女共同参画センター研修室(予定)
(前橋市大手町1-13-12、電話:027-224-2211)
- 参加費 無料。ただし教材を使用する場合は、実費負担していただく場合があります。教室までの送迎は、保護者の責任でお願いします。
- 科目 国語、算数、理科、社会、英語
- 児童の募集 募集期間は、令和3年4月1日～5月21日です。
裏面の「ひとり親家庭無料学習支援(前橋教室)参加申込書」を、群馬県母子会に郵送又はFAXで、提出してください。
- その他 原則として、先着順で参加者15名を決定します。



お申し込み・お問い合わせ先



〒371-0843 前橋市新前橋町13番地12
一般財団法人群馬県母子寡婦福祉協議会

電話 027-255-6636
FAX 027-255-6652



ひとり親家庭無料学習支援(前橋教室)参加申込書

私どもは、群馬県母子会が実施する【ひとり親家庭無料学習支援事業】の趣旨を理解し、この事業への参加を申し込みます。また、この事業の利用に当たっては、運営者が定める目的・実施要領等を守ることに同意いたします。

令和 年 月 日

(ふりがな)		印
保護者 氏名		
住 所	〒	
自宅電話		
携帯電話		
メールアドレス		
緊急連絡先	職場、その他() 電話先()	

1

(ふりがな)	
お子さん 氏名	
小学校名	年生
生年月日	平成 年 月 日生まれ 性別 男・女
得意科目	
不得意科目	
アレルギー等	なし ・ あり()
その他 要望等	

2

(ふりがな)	
お子さん 氏名	
小学校名	年生
生年月日	平成 年 月 日生まれ 性別 男・女
得意科目	
不得意科目	
アレルギー等	なし ・ あり()
その他 要望等	

3

(ふりがな)	
お子さん 氏名	
小学校名	年生
生年月日	平成 年 月 日生まれ 性別 男・女
得意科目	
不得意科目	
アレルギー等	なし ・ あり()
その他 要望等	

注1 FAXあて先：群馬県母子寡婦福祉協議会（027-255-6652）

注2 台風等により臨時休講する場合などは、保護者の方が仕事で電話に出られない時にメールで連絡させていただきますので、メールアドレスの記入をお願いします。