

(初期適応・学習支援用)

### 母語による初期適応・学習支援ボランティア紹介依頼票

青葉国際交流ラウンジ 御中

FAX 045-982-0701

以下の通り母語支援ボランティア(語学ボランティア)の紹介をお願いします。

依頼日: 年 月 日

希望言語	語	(第2希望言語)	語
ふりがな			国際教室: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
学校名			
担当者(職名)	氏名(ふりがな)	TEL	FAX
学校所在地 アクセス	〒	( )区	
	最寄駅( )線( )駅から徒歩・バス( )分 バスの場合 ( )系統( )バス停下車		
支援開始希望月	年 月 日から	予定回数	回
児童・生徒 情報	男 ・ 女	( )才	( )年生
	転編入学年月日	年 月 日	
	国籍/編入前の国		
学校確認事項	*初回校長面談時に必ずボランティアと「支援できる項目」を確認し、関係教員間で共有する。 *初期適応・学習支援ボランティアは1回あたりの活動時間は2時間以内が目安です。 *学校教育ボランティア保険や加入については学校でボランティアへ説明してください。 *依頼票に記載された個人情報については、初期適応・学習支援ボランティアに提供します。 ※国際教室のない学校はボランティアが決定後、速やかに教育委員会へ申請書を提出してください。		

(ラウンジ記入欄)

	通訳ボランティア名:	通訳者決定日:
学校連絡日	年 月 日	
受付担当者	備考欄	