

「薩長土肥連携青少年交流事業」参加者推薦書（申込書）

学 校 名	
担 当 者	
連 絡 先	TEL: _____ E-mail: _____

＜参加生徒（申込者）＞

(ふりがな) 生徒名 〔年齢 9/18 時点〕	性別	生徒本人の参加動機 (生徒本人の参加しようと思った理由を簡潔に記載してください。)
	学年	推 薦 理 由 (推薦理由を簡潔に記載してください。)
()		
〔 歳〕		
()		
〔 歳〕		
()		
〔 歳〕		

◇各学校からの参加人数に制限はありません。

◇参加者決定後、決定した参加者の生徒情報（学校名、生徒名、性別、学年）を高知県庁から佐賀県庁に提供することになりますので、ご了承ください。

なお、本事業に関することに限り使用するとともに、適正に管理します。

【提出先】 〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号
 高知県総務部 政策企画課 企画第一担当 大野 あて
 電話 088-823-9332 FAX088-823-9267

E-mail 111601@ken.pref.kochi.lg.jp
【提出期限】 令和3年7月28日（水）必着