

保健室こころサポートプロジェクト参加申込書

当校は「保健室こころサポートプロジェクト 参加規約」に同意し、保健室こころサポートプロジェクトへの参加を申し込みます。

当校は、本プロジェクトの運営者が、本プロジェクトにおいて収集した個人情報（本プロジェクトに関わる教職員等の個人情報を含む）を、以下の目的で利用することに同意します。

- (1) 本プロジェクトに関する連絡、相談内容の検討・回答、本プロジェクトの改善を目的としたアンケートの実施、その他本プロジェクトの遂行に必要な業務を実施するため
- (2) 本プロジェクト参加者に対し、本プロジェクト以外のプロジェクトに関する広報等を実施するため

上記すべて確認しました。

↑チェックをいれてください

学校名
ご住所 〒 神奈川県
ご連絡先 — —

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校長氏名（署名または記名押印） _____ (印)

学校印