

年 月 日

放 課 後 児 童 ク ラ ブ 申 込 書

菊川市長 太田 順一 あて

〒

住 所 菊川市

申込者(保護者名)氏 名



電話番号 ()

児 童 氏 名 <small>フリガナは 必ず</small>	フリガナ 氏 名	生 年 月 日		性 別	学校名・学年 (平成22年4月1日現在)
		年 月 日		男・女	小学校 年生
		年 月 日		男・女	小学校 年生
家 族 の 状 況	氏 名	年齢	児童と の続柄	職業	勤務先及び勤務地(勤務時間) 学生の場合は学校名、学年を記入
					勤務先名() 勤務地(市町名) () (: ~ :)
					勤務先名() 勤務地(市町名) () (: ~ :)
					勤務先名() 勤務地(市町名) () (: ~ :)
					勤務先名() 勤務地(市町名) () (: ~ :)
					勤務先名() 勤務地(市町名) () (: ~ :)
					勤務先名() 勤務地(市町名) () (: ~ :)
申 込 理 由	該当する番号を で囲んでください。 1 両親が共働きなどにより、昼間家庭に保護者がいない。 2 保護者が病気療養中のため、昼間子どもの世話をする人がいない。 3 自営業等であるため、昼間子どもの世話をする人がいない。 4 その他 (理由)				
利 用 を 希 望 す る 期 間	該当する番号を で囲んでください。 1 年間を通じて利用(入所希望日 平成 年 月から) 2 長期休暇 (夏休み・冬休み・春休み) のみ利用 祝祭日の利用希望 あり なし (H22年度から開所を検討中です。)				
申 請 児 童 の 状 況 必 ず 記 入 し て く だ さ い	病 気 等	病名、かかりつけ医名 ()			
	アレルギ-等	無・有 (内容)			
	その他健康に ついて 状 況				

申込書の内容に不備や事実と異なる記載があった場合、入所をお断りする場合があります。