

市川市放課後子ども教室利用登録申請書

年 月 日

シダックス大新東ヒューマンサービス株式会社

千葉営業所長 あて

申請者 住所

(保護者) (ふりがな)

氏名

電話 ()

放課後子ども教室を利用したいので、次のとおり申請します。

学 校 名		小学校		学童保育登録の有無		有 ・ 無
児 童	学 年	組	氏 名	性別	生 年 月 日	
			(ふりがな)		年 月 日生	
緊急連絡先 ※ 携 帯 電 話 ・ 職 場 等 昼間連絡の つく連絡先		氏 名	続柄 ()	電話番号	()	
		氏 名	続柄 ()	電話番号	()	
特記事項 (お子さんの参加に当たり留意すべきこと等をご記入ください。)						

備考

- この申請書にご記入の内容については、市川市教育委員会学校地域連携推進課と情報を共有させていただきます。
- 児童の健康状態等を把握するため、小学校等の関係機関と児童の情報共有をさせていただきます。また、小学校に提出された資料を、本事業の運営事業者と共有させて頂く場合がございます。

----- 切り取り線 -----

利用登録申請書を受理致しました。

	受 付 者	備 考