

年 月 日

坂出市教育委員会 殿

〒
住 所 坂出市 町 丁目 番 号
保護者 番地

フリガナ
氏 名

電 話 ()
※携帯電話 ()

※必ず連絡がとれる番号をお願いします。

坂出市仲よし教室利用申請書

() 小学校仲よし教室を利用したいので、次のとおり申請します。

記

年 組	フリガナ 児童氏名	男 ・ 女	年 月 日生																								
利用区分 (☑をしてください。)	<input type="checkbox"/> 年間を通しての利用 4月1日～翌年3月31日		<input type="checkbox"/> 長期の学校休業日のみの利用																								
利用時間の区分 (☑をしてください。)	<input type="checkbox"/> 通常利用	<input type="checkbox"/> 延長利用	<table border="1"> <tr> <td>学年始</td> <td>夏季7月</td> <td>冬季</td> <td>学年末</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 通常</td> <td><input type="checkbox"/> 通常</td> <td><input type="checkbox"/> 通常</td> <td><input type="checkbox"/> 通常</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 延長</td> <td><input type="checkbox"/> 延長</td> <td><input type="checkbox"/> 延長</td> <td><input type="checkbox"/> 延長</td> </tr> <tr> <td></td> <td>夏季8月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 通常</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 延長</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	学年始	夏季7月	冬季	学年末	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 延長	<input type="checkbox"/> 延長	<input type="checkbox"/> 延長	<input type="checkbox"/> 延長		夏季8月				<input type="checkbox"/> 通常				<input type="checkbox"/> 延長		
	学年始	夏季7月	冬季	学年末																							
<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 通常																								
<input type="checkbox"/> 延長	<input type="checkbox"/> 延長	<input type="checkbox"/> 延長	<input type="checkbox"/> 延長																								
	夏季8月																										
	<input type="checkbox"/> 通常																										
	<input type="checkbox"/> 延長																										
	学校授業日 授業終了時～ 午後5時 学校休業日 午前8時30分～ 午後5時	学校授業日 授業終了時～ 午後6時 学校休業日 午前8時～ 午後6時	通常利用：午前8時30分～午後5時 延長利用：午前8時～午後6時																								
同居家族の状況	続柄	氏 名	年齢	連絡先 (勤務先)	電 話	帰宅時間																					
利用を希望する理由： (新規・継続)				健康状況：(特に気をつけてほしい病状, 手当等あれば詳しくご記入ください。)																							
同一世帯内で仲よし教室またはみのり教室を利用する児童				※食物アレルギー 有 () ・ 無																							
氏名	生年月日	年 月 日生	※かかりつけ医																								
				※血液型 () 型																							

※年間を通しての利用の方で利用開始が月の16日以降の場合は、当該月の利用者負担額が半額となります。