

課長	補佐	班長	担当者

第1号様式(第6関係)

放課後児童クラブ利用申込書

五戸町長 若宮 佳一 様

令和 年 月 日

〒

住 所

保護者氏名

印

電話番号 ()

放課後児童クラブを利用したいため、申込みします。

新規 ・ 継続

ふりがな		男	生年月日	平成	年	月	日生
利用児童名		女	学校名		小学校		学年
希望するクラブ名	クラブ						
利用年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで						
就労状況	ふりがな 氏名	勤務先(会社名)	勤務時間	勤務日数	電話番号		
	父		(:) ~ (:) 週 日				
母			(:) ~ (:) 週 日				
(父母・本人を除く) 同居家族	氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校名		
				才			
				才			
				才			
				才			
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先		電話番号		
	①		携帯・自宅・勤務先()				
	②		携帯・自宅・勤務先()				
	③		携帯・自宅・勤務先()				
④		携帯・自宅・勤務先()					
健康状態 児童の	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 常用薬 <input type="checkbox"/> アレルギー		<input type="checkbox"/> 良好 (左記に該当なし)	塾・習い事	曜日		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛護(療育)手帳			利用予定日	月・火・水・木・金・土・長期休業		
	※該当がある場合は☑し、裏面に詳細を記入してください。			迎えの時間	: ころ		
その他 健康面・生活面であらかじめ伝えたいことがありましたらご記入ください。							
町記入欄				備考			
要・否 令和 年 月 日決定							

※健康に関する事項

放課後児童クラブでお子様を安全にお預かりするための項目です。
できるだけ詳しく記入してください。

<input type="checkbox"/> 治療中 (病名・かかりつけ医など)	
<input type="checkbox"/> 常用薬 (薬名・服用回数/日など)	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (等級・障害の種類など)	
<input type="checkbox"/> 愛護手帳(療育手帳) (程度の区分など)	
<input type="checkbox"/> アレルギー (対象物・症状など)	
追加記入欄	