

学童延長保育利用希望調査票

年 月 日

特定非営利活動法人

高砂キッズ・スペース 様

保護者 住 所 高砂市 _____

保護者氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記の理由で延長保育を申請します。

児 童 名	学年 年
	学年 年
	学年 年
学童保育所名	高砂 荒井 伊保 伊保南 中筋 曾根 米田 米田西1 阿弥陀 北浜
延長保育を希望する	希望しない 毎日 週2～3回程度 急な残業等で可能性がある

※利用人数の把握のためです。必要と思われる項目に○をつけてください。