

# 学童延長保育利用申請届

(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 1 荒井 2 荒井 3 伊保 伊保南 中筋 曾根 米田ひまわり 米田よねだ 米田西 1 米田西 2 阿弥陀 北浜
延長保育を 希望する	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。