

ロータス放課後児童クラブ大芝 利用 申込 書

(あて先)

年 月 日

社会福祉法人永照福社会

理事長 龍永 直記

申込者 (保護者)

住 所	〒 広島市 区	ふりがな	
	日中繋がる番号 () - 続柄	申込者氏名 (保護者)	

以下のとおり利用を申し込みます。なお、申込後、内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

ふりがな 児 童 氏 名	性別	生 年 月 日 年 月 日生 (歳)	学 校 名 小学校	学 年 年
利用期間		年 月 日 から 年 月 日まで		

児童の健康状態 (該当する番号に○及び必要事項を記入してください。)

健 康 状 態	1 健康である	・	2 病気をしがちである
障 害 の 有 無	1 無	・	2 有 (状況:)
その他発達について 気になること			

保護者及び同居する親族の状況 (該当する番号等に○及び必要事項を記入してください。)

氏 名 年齢区分 (利用開始時)	本人と の続柄	勤務先 又は通学 (園) 先・学年	放課後児童クラブの利用を必要とする理由 (18歳以上の方は記入してください。)				
18歳以上・18歳未満			1 就労	2 疾病・障害	3 親族等介護	4 産前産後	5 通学
			6 その他 ()				
			TEL	-	-		
18歳以上・18歳未満			2 就労	2 疾病・障害	3 親族等介護	4 産前産後	5 通学
			6 その他 ()				
			TEL	-	-		
18歳以上・18歳未満			3 就労	2 疾病・障害	3 親族等介護	4 産前産後	5 通学
			6 その他 ()				
			TEL	-	-		
18歳以上・18歳未満			4 就労	2 疾病・障害	3 親族等介護	4 産前産後	5 通学
			6 その他 ()				
			TEL	-	-		
18歳以上・18歳未満			5 就労	2 疾病・障害	3 親族等介護	4 産前産後	5 通学
			6 その他 ()				
			TEL	-	-		

優先利用 (障害のある児童、ひとり親家庭の児童) を希望する場合は、
右記の「優先利用を希望する」に○をしてください。

※定員超過のため同一学年内における選考を行う必要がある場合に、優先します。
※優先利用を希望する場合は、申込の際に必要な書類を添付してください。

優先利用を希望する