

子育て支援・わくわくプラザ事業利用申込書

次のとおり子育て支援・わくわくプラザを申し込みます。

\_\_\_\_\_ 小学校わくわくプラザ

宛先) 川崎市長

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

申込者氏名

児童氏名	(ふりがな)		
生年月日	____年	____月	____日 生まれ
住所	_____区		
自宅電話番号	_____		
学校・学年・組	小学校	____年	____組
保護者氏名	(ふりがな)	_____	(続柄)
	(ふりがな)	_____	(続柄)

緊急時の連絡先 (保護者または緊急時に対応できる方)

	氏名	児童との関係	勤務先等連絡先の名称・電話番号及び携帯電話番号
①	(ふりがな)		(名称) (電話番号) (携帯電話番号)
②	(ふりがな)		(名称) (電話番号) (携帯電話番号)

子育て支援・わくわくプラザの利用を希望する理由

(具体的に)

お迎え予定時間

~6:15  ~6:30  ~6:45  ~7:00

お迎え者

家庭状況

働いている場合	就労形態	の状況		
		※保護者の欄の続柄を記入してください。	※保護者の欄の続柄を記入してください。	
働いている場合		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	事業所	名称		
		住所		
		電話		
		就労日数	1か月平均 _____ 日	1か月平均 _____ 日
		就労時間	午前 _____ 時 _____ 分 ~ 午後 _____ 時 _____ 分	午前 _____ 時 _____ 分 ~ 午後 _____ 時 _____ 分
	通勤時間	_____ 時間 _____ 分	_____ 時間 _____ 分	
働いていない場合		<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

◎御記入いただいた個人情報、緊急時の連絡等、子育て支援・わくわくプラザの運営上必要な場合以外の目的では使用いたしません。

受付日 [ ____年 ____月 ____日 ]	受付担当 [ _____ ]	受付No. [ _____ ]
---------------------------	----------------	-----------------