

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) _____	男 ・ 女
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）

No.	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	<input type="checkbox"/> ~6:15 <input type="checkbox"/> ~6:30 <input type="checkbox"/> ~6:45 <input type="checkbox"/> ~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。	_____ の状況 ※保護者の欄の続柄を記入してください。	
		<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は、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.[_____]
受付日の属する月の利用 あり ・ なし		