

平成30年度 砂川市放課後学習サポート事業 受講申込書

下記のとおり申し込みます。

記

フリガナ	
児童名	男・女（○をつけてください。）
学校・学年	砂川市立 小学校 年 組
保護者氏名	(印)
住所	砂川市
連絡先 ※どちらも記載願います	自宅 (— —) 携帯 (— —) 上記携帯使用者 父・母・その他 () ※○をつけるか、() に児童との続柄を書いてください。
受講科目	希望する科目に○をつけてください。 () 国語・算数の両方 () 国語のみ () 算数のみ
交通手段	○をつけるか、() に利用する交通手段を書いてください。 () 保護者の送迎 () 徒歩又は自転車（9月まで） () その他 ()
その他	

- ・世帯内で申込み児童が2人以上いる場合は、児童1人につき1枚提出してください。
- ・上記の個人情報等は申込、連絡以外で使用いたしません。
- ・ご不明な点は砂川市教育委員会学務課学校教育係（TEL：0125-54-2121内線375・392）までお問い合わせください。