

令和元年度 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	Ⓔ
住所	砂川市
必ず記載して下さい。 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。