

子育て支援課 受付 /	<input type="checkbox"/> コピー
----------------	------------------------------

様式第3号（第8条関係）

学童保育所（退所・入所取消）届

年 月 日

葛 城 市 長 様

※二重線の中のみをご記入ください

保護者氏名	住 所 葛城市
TEL ()	
児童氏名	生年月日 年 月 日生
学童名 学童保育所	申請した学年 年 生
<input type="checkbox"/>	年 月 日付けをもって退所します
<input type="checkbox"/>	年 月 日付けをもって _____年度の入所申請を取消します
理 由	