**小川町児童館利用登録申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

小川町児童館長　あて

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

申込者　住所

（保護者）連絡先(電話)

※登録番号(　　　　　　　号)

下記のとおり小川町児童館を利用したいので登録します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用する児童・生徒又は乳幼児の氏名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 学　校　名 |  | 学年 | 年生 |
| 利用する児童・生徒又は乳幼児の氏名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 学　校　名 |  | 学年 | 年生 |
| 利用する児童・生徒又は乳幼児の氏名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 学　校　名 |  | 学年 | 年生 |
| 利用する児童・生徒又は乳幼児の氏名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 学　校　名 |  | 学年 | 年生 |

※乳幼児には保護者の同伴が必要です。

※氏名にはふりがなをお願いします。

※※登録番号(　　　　　　　号)欄には記入しないでください。

※保護者連絡先は緊急時に使用しますので、常に連絡可能なものを記入してください。

※本情報の取扱については個人情報保護の観点から適正な管理と保護に努めます。