

市町村
-----

■ 申込代表者 ※申込は、10月19日(金)までに上川教育局教育支援課FAX 0166-46-5242 まで

氏名:	役職:	
TEL:	FAX:	E-MAIL:

記入例	参加者氏名	所属	事業の区分 (○をしてください)		担当の区分 (○をしてください)		選択研修 参加希望順に第3希望まで記入してください。(第1希望は、[1]と記入)	
			放課後子供教室 放課後児童クラブ 地域学校協働本部 (学校支援地域本部) 土曜日の教育活動 子ども未来塾 その他	地域学校協働活動推進員 コーディネーター 教育活動推進員 教育活動サポーター 指導員 行政職員 ボランティア 家庭教育支援員 家庭教育ナビゲーター その他	1	A 創作活動プログラム B 子どもの学力向上につながるプログラム C 障がいのある子どもや特別な支援を要する子どもへの対応 D 屋内活動プログラム コーディネーター等協議会		
1								
2								
3								
4								
5								

<備考欄> (配慮事項や連絡などがありましたら記入してください)

# 託児申込書

市町村	
-----	--

	保護者氏名 (参加者氏名)	乳幼児氏名 (ふりがな)	性別	年齢 (月齢)	託児 経験	アレルギーの有無など、注意が必要なこと
記入 例	北海 花子	北海 道子 ほっかい みちこ	女	1歳8ヶ月	無	牛乳アレルギーがあるので、必ず持参した飲み物を与えてください。
				歳 ヶ月		
1				歳 ヶ月		
				歳 ヶ月		
2				歳 ヶ月		
				歳 ヶ月		
3				歳 ヶ月		
				歳 ヶ月		
4				歳 ヶ月		
				歳 ヶ月		
5				歳 ヶ月		
				歳 ヶ月		