

年 月 日

三原市長様

申込者  
住 所  
氏名(保護者)  
電話番号  
メールアドレス

令和年8年度三原市子どもの学習支援事業利用申込書

「申込みにおける同意」に同意し、次のとおり申し込みます。

対象者 (子ども)	ふりがな				
	氏 名				
	生 年 月 日		性 別	男 ・ 女	
	学 校 名		学 年		
	希 望 会 場	わくわく三原教室	会場までの交通手段	( )分	
該 当 要 件	該当するもの 全てに☑をし てください。	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
世 帯 の 状 況	家 族 構 成	氏 名	続柄	年齢	勤 務 先 等
	※対象者を除き ます。				
	※対象者との 続柄を記載して ください。				

