

放課後児童室時間延長申込書

受付番号

受 付 印

(あて先) 八尾市こども未来部長

保護者等の迎えを条件に次のとおり、時間延長の申込みをいたします。

平成 年 月 日

申込者 保護者氏名 _____ (印)

放課後児童室名	地区放課後児童室
時間延長を申込み 児童氏名及び学年	(ふりがな) _____ (学年 年) (ふりがな) _____ (学年 年) (ふりがな) _____ (学年 年)
時間延長申込期間(月) 該当するものに○をつけて ください	全月 4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・1月・2月・3月
迎えの保護者等 氏名及び続柄	(ふりがな) _____ (電話番号) _____ _____ (続柄) _____ (ふりがな) _____ (電話番号) _____ _____ (続柄) _____ (ふりがな) _____ (電話番号) _____ _____ (続柄) _____

【留意事項】

時間延長は、月曜日から土曜日まで(日祝日・年末年始等を除く)について午後6時までです。
 なお、時間延長許可の要件を有しないとき、又は喪失したときは、時間延長取消届を提出してください。