

昭和小学校アフタースクール入会申込書

申込日 年 月 日

登録形態 定期登録 スポット登録 (該当する方にチェックを入れてください)

児童氏名	ふりがな 2023年度 年生	男 ・ 女	生年月日 年 月 日	児童写真添付 ※写真の裏に必ず氏名、学年、組を記入してください
住所	〒 ※ 電車・バス・徒歩 最寄り駅・バス名()から 学校まで 時間 分		登録電話番号 登録用メールアドレス	
★緊急連絡先(優先順位順)				
①氏名(続柄)	緊急連絡先	②氏名(続柄)	緊急連絡先	
③氏名(続柄)	緊急連絡先	④氏名(続柄)	緊急連絡先	

定期登録者は下記をご記入ください

利用希望曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	利用される主な理由		申込児童の合計指数
保護者勤務先情報			
続柄	氏名(生年月日)	勤務先	直通電話番号
	ふりがな (年 月 日)		
	ふりがな (年 月 日)		

スポット登録者は下記をご記入ください

希望する利用予定時期をご記入ください(分かる範囲で結構です)
利用される主な理由

下記は児童の最新の情報を正確にご記入ください

身長: cm	体重: kg	平熱: 度 分	視力: 右 左
■既往歴を○で囲んでください 百日咳・はしか・おたふくかぜ・風疹・水痘・プール熱・結核・腸管出血性大腸菌感染症・はやり目・急性出血性結膜炎・溶連菌感染症・手足口病 とびひ・肺炎・川崎病・喘息・結核・突発性発疹・ひきつけ・脱臼・その他 ()			
■アレルギー: あり・なし			
原因	症状	処置	対処方法
■通院の有無: あり・なし 病名()			
■健康面等他、特に注意することがあればご記入ください			