

真鶴町全児童対策事業参加登録申請書（新規・継続）

◎参加児童

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏 名					
学校名	小学校	学年 (前年度中に申請する場合、新学年)			年
住 所					

◎保護者（緊急連絡先）

ふりがな		続柄	
氏 名			
住 所			
電話番号	(自宅・勤務先・携帯)		
E-mail			

◎その他の連絡先

ふりがな		続柄	
氏 名			
電話番号	(自宅・勤務先・携帯)		
ふりがな		続柄	
氏 名			
電話番号	(自宅・勤務先・携帯)		

◎かかりつけ医（緊急時の連絡を希望する場合のみ）

医療機関名			
所在地		電話番号	

◎その他

特記事項 (健康上の留意点等)	
備考	

真鶴町長 殿

本事業の趣旨を十分に理解の上、上記のとおり（ ）年度真鶴町全児童対策事業に参加登録を届け出ます。

年 月 日
保護者氏名