

(希望施設名)

(児童氏名)

在学証明書

住 所

氏 名

㊟

児童との続柄 ()

受講カリキュラム (時間割表)

時	月	火	水	木	金	土
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

※受講カリキュラムの内容は、学校などで受講・研究している時間及び内容を記載してください。
ただし、内容が分かる書類を添付することで上記の記載を省略することができます。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

学校等名称

㊟

電話番号

【お問い合わせ先】 千代田町健康子ども課子育て支援係 TEL 0276-86-5411