

# 土崎カトリック学童クラブ利用申込書

No. \_\_\_\_\_

令和    年    月    日

学校法人秋田カトリック学園 土崎カトリック学童クラブ  
 設置者 新立大輔 様

「土崎カトリック学童クラブ」利用を下記のとおり申し込みします。なお、入所が決定した際は事務手数料2,000円を納めることを了承いたします。

|        |                                  |   |     |    |                |               |     |
|--------|----------------------------------|---|-----|----|----------------|---------------|-----|
| 児<br>童 | フリガナ                             |   |     |    | 性別             | 在籍園・<br>在籍小学校 |     |
|        | 氏名                               |   |     |    | 男/女            |               |     |
|        | 生年月日                             | 平成  | 年   | 月  | 日生(満才)         | 進学先           | 小学校 |
|        | 住所                               | 〒   |     |    |                |               |     |
|        | 電話番号                             | 自宅:   | ( ) |    |                | 携帯:           |     |
|        | 利用開始日                            | 令和    年    月    日 ~   |     |    |                |               |     |
|        | 利用予定日                            | 週    日(月・火・水・木・金・土) ※現時点の予定日に○をつけてください  |     |    |                |               |     |
|        | 家族構成<br><br>※同居している家族を全て記入(本人除く) | 氏名  | 年齢  | 続柄 | 勤務先名または学校名(学年) |               |     |
|        |                                  |   |     |    |                |               |     |
|        |                                  |   |     |    |                |               |     |
|        |                                  |   |     |    |                |               |     |
|        |                                  |   |     |    |                |               |     |
| 健康について | 障がいや発達上の心配                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に: _____)<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳等を所持している(身体障害者手帳・療育手帳)<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書を所持している<br><input type="checkbox"/> 他の施設や機関に通っている<br>(施設名 _____) |     |    |                |               |     |
|        | アレルギーの有無                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に: _____)<br>緊急時の処方薬等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____)  |     |    |                |               |     |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 保<br>護<br>者   | (父)   | 児童本人と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居   |   |
|   |   | 保育を必要とする理由<br>※○をつけてください  | 就労 妊娠・出産 疾病・障害 常時介護等 求職活動<br>その他（特記事項に理由を記入）  |
|   |   | ○雇用期間：○無期 <input type="checkbox"/> 有期（更新の可能性 有・無 ）<br>※有期雇用の場合 年 月 日～ 年 月 日   |   |
|   |   | 勤務先名称：<br>勤務先住所：<br>勤務先電話番号：  |   |
|   |   | 雇用の形態   | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|   | 勤務時間： <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日<br>平日： 時 分 ～ 時 分<br>土曜日： 時 分 ～ 時 分<br>日 祝： 時 分 ～ 時 分 |   |   |
|   | (母)   | 児童本人と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居   |   |
|   |   | 保育を必要とする理由<br>※○をつけてください  | 就労 妊娠・出産 疾病・障害 常時介護等 求職活動<br>その他（特記事項に理由を記入）  |
|   |   | ○雇用期間：○無期 <input type="checkbox"/> 有期（更新の可能性 有・無 ）<br>※有期雇用の場合 年 月 日～ 年 月 日   |   |
|   |   | 勤務先名称：<br>勤務先住所：<br>勤務先電話番号：  |   |
| 雇用の形態   |   | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |   |
| 勤務時間： <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日<br>平日： 時 分 ～ 時 分<br>土曜日： 時 分 ～ 時 分<br>日 祝： 時 分 ～ 時 分 |   |   |   |
| 特記事項（入所を希望する具体的理由等）   |   |   |   |

【希望者が募集定員を上回った場合の抽選について】

抽選による選考となった場合は、お電話でご連絡いたします。下記の日中連絡先欄にご記入ください。

|  |  |
|--|--|
| 日中連絡先  |  |
| 了承する場合は☑してください。  |  |
| <input type="checkbox"/> 抽選日前日までに連絡がとれない場合はこの申込は無効となります。 |  |
| <input type="checkbox"/> 抽選日当日に参加できない場合は職員による代理抽選となります。  |  |

抽選日時：令和6年10月8日（火） 11時から

抽選会場：土崎カトリック学童クラブ

※本クラブ専用電話からお電話を差し上げます。①080-1822-7904 ②080-2808-4904