

13.レノファ学童クラブ 休所届

令和 年 月 日

申請者

住 所 岩国市 _____

保護者氏名 _____
※自署の場合は押印不要

携帯電話 () _____

次のとおり休所します。

| | |
|----------|---------------|
| 教室名 | レノファ学童クラブ |
| 児童氏名 | ふりがな |
| 休所期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 学年 | 年 |
| その他・理由など | |

| | |
|-----------|--|
| 確認 担当者 | |
|-----------|--|