

(利用施設名)

(児童氏名)

# カリキュラム

下記カリキュラムのとおり、受講（研究）していることを申し立てします。

令和 年 月 日

住所 阿見町

氏名

印

児童との続柄 ( )

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

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

阿見町長 殿

所在地  
学校等名称  
指導教官  
電話

印

※ 学生とは、国公立または学校法人の運営する学校などの学生をいう。カリキュラムの内容は、学校などで受講している時間及び内容を記入する（放送大学・通信制大学等の自宅学習を除く）。

※ 在学証明書を併せて提出願います。

お問合せ先 阿見町役場子ども家庭課 TEL029-888-1111（内線708・116）