

入所保留希望解除申請書

阿見町長 殿

年 月 日

【支給認定保護者】

住 所 _____

氏 名 _____ (生年月日 . . .)

次のとおり、入所保留希望を取り下げますので、届け出ます。

記

児童の氏名及び 生 年 月 日	氏名 年 月 日生まれ
	氏名 年 月 日生まれ
	氏名 年 月 日生まれ
保留希望を取り下げる月	年度 月入所選考から保留希望を取り下げ、 通常の選考を希望します。

【留意事項】

- ・ 入所希望月の申込締切日までに、子ども家庭課にご提出してください。
締切日を過ぎた場合は、入所希望月の翌月から選考に反映します。
- ・ 減点していた調整指数（入所保留のみ）を外して選考を行います。