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，こども未来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。