

議案第 15 号

ひたちなか市放課後児童健全育成事業実施要綱の一部を改正する告示制定について

ひたちなか市放課後児童健全育成事業実施要綱の一部を改正する告示を別紙のとおり制定する。

令和 6 年 11 月 20 日 提出

ひたちなか市教育委員会  
教育長 秋 本 光 徳

令和 年 月 日 議決

ひたちなか市教育委員会告示第 号

ひたちなか市放課後児童健全育成事業実施要綱の一部を改正する告示

ひたちなか市放課後児童健全育成事業実施要綱（平成27年教委告示第1号）の一部を次のように改正する。

第4条第1項各号中「午後6時」を「午後6時15分」に改める。

第5条第1項第1号ア中「雇用（雇用予定）証明書」を「就労（就労予定）証明書」に改める。

様式第1号表面を次のように改める。

（表面）  
学童クラブ入会申込書

【 年度 】  
年 月 日

ひたちなか市教育委員会 殿

保護者等

|      |        |
|------|--------|
| 住所   | ひたちなか市 |
| フリガナ |        |
| 氏名   |        |
| 生年月日 | 年 月 日  |

学童クラブへの入会について、次のとおり申し込みます。

|        |       |  |  |        |      |  |
|--------|-------|--|--|--------|------|--|
| フリガナ   |       |  | 性別   | 学校名    |      |  |
| 児童名    |       |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>男 女 | (新) 学年 | 年    |  |
| 生年月日   | 年 月 日 |  |  |        |      |  |
| 迎えに来る方 | 氏名    |  | 続柄   |        | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先  | ①氏名   |  | 続柄   |        | 電話番号 |  |
|        | ②氏名   |  | 続柄   |        | 電話番号 |  |

家族状況（利用児童を除く世帯全員（単身赴任を含む。）を記入してください。）

| 氏名 | 続柄 | 生年月日  | 勤務先（学校）名 | 勤務先等<br>電話番号 |
|----|----|-------|----------|--------------|
|    |    | 年 月 日 |          |              |
|    |    | 年 月 日 |          |              |
|    |    | 年 月 日 |          |              |
|    |    | 年 月 日 |          |              |
|    |    | 年 月 日 |          |              |

利用予定月及び利用区分の該当する箇所に☑を付けてください。

|       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 利用予定月 | <input type="checkbox"/> |
|       | 4月                       | 5月                       | 6月                       | 7月                       | 8月                       | 9月                       | 10月                      | 11月                      | 12月                      | 1月                       | 2月                       | 3月                       |

入会理由及び世帯区分の該当する箇所に☑を付けてください。

|      |  |  |
|------|--|--|
| 入会理由 | 必要とする理由（世帯単位・複数選択可）  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |  |
| 世帯区分 | 該当する世帯区分（申込時）  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 就学援助世帯  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 災害その他特別な事由により保育料の納付が困難な世帯<br><input type="checkbox"/> 上記以外の世帯   |  |

※市使用欄

| No. | 受付 | 同意書 | 申出書 | 面談希望有無 | 口座有無 | 入力 |
|-----|----|-----|-----|--------|------|----|
|     |    |     |     |        |      |    |

様式第2号を次のように改める。

様式第2号（第5条関係）

|     |  |     |  |        |
|-----|--|-----|--|--------|
| 学校名 |  | 児童名 |  | (第 学年) |
|-----|--|-----|--|--------|

就労（就労予定）証明書

年 月 日

ひたちなか市教育委員会 殿

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

次の者は、当事業所に（就労中・就労予定）であることを証明する。

|                   |   |
|-------------------|---|
| 氏名                |   |
| 住所                |   |
| 就労年月日<br>(予定を含む。) | 年 月 日から   |
| 勤務先の名称及び<br>所在地   | <input type="checkbox"/> 上記事業所と同じ<br>※上記と異なる場合は、下欄に記載してください。  |
|                   | 名称：<br>所在地：<br>電話番号：  |
| 就労形態              | <input type="checkbox"/> 正社員（正職員） <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 職種・業務内容           |   |
| 就労時間              | 午前・午後 時 分 ～ 午後 時 分  |
| 就労日数              | 1か月（ 日間）  |
| 育児休暇取得期間          | 年 月 日から 年 月 日まで   |

【証明書作成者様へ】

- 1 この証明書は、児童の学童クラブ入会に当たり、就労状況について証明するものです。虚偽の証明は無効となります。
- 2 就労状況等についての現地確認、記入内容等についての問合せをさせていただくことがありますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。
- 3 ご不明な点がございましたら、お手数ですが、ひたちなか市教育委員会事務局青少年課（電話番号）までお問い合わせください。

付 則

(施行期日)

- 1 この告示は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の第4条第1項の規定は、令和7年4月1日以後の学童クラブの利用について適用する。

ひたちなか市放課後児童健全育成事業実施要綱新旧対照表

| 旧  | 新   | 備考 |
|--|---|----|
| <p>(開設時間及び休日)</p> <p>第4条 学童クラブの開設時間は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 授業が行われる月曜日から金曜日まで 授業終了時から<u>午後6時まで</u></p> <p>(2) 学年始休業日, 夏季休業日, 冬季休業日及び学年末休業日 午前7時45分から<u>午後6時まで</u></p> <p>(3) 次に掲げる日 午前8時から<u>午後6時まで</u></p> <p>ア 毎月第1土曜日(1月1日から同月3日までの間に該当する場合にあつては, 第2土曜日。以下同じ。)</p> <p>イ 振替休業日</p> <p>ウ 県民の日を定める条例(昭和43年茨城県条例第3号)に規定する県民の日</p> <p>2・3 略</p> <p>(入会の申込み等)</p> <p>第5条 学童クラブに児童を入会させようとする保護者等は, 学童クラブ入会申込書(様式第1号。以下「申込書」という。)に次に掲げる書類を添付して, これを教育委員会に提出しなければならない。ただし, 第2号に掲げる書類については, 教育委員会が公簿等により確認することができるときは, その添付を省略することができる。</p> <p>(1) 次のアからオまでに掲げる学童クラブの利用を必要とする理由の区分に応じ, 当該アからオまでに定める書類</p> <p>ア 就労による場合 <u>雇用(雇用予定)証明書</u>(様式第2号)</p> <p>イ～オ 略</p> <p>(2)・(3) 略</p> <p>2・3 略</p> | <p>(開設時間及び休日)</p> <p>第4条 学童クラブの開設時間は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 授業が行われる月曜日から金曜日まで 授業終了時から<u>午後6時15分まで</u></p> <p>(2) 学年始休業日, 夏季休業日, 冬季休業日及び学年末休業日 午前7時45分から<u>午後6時15分まで</u></p> <p>(3) 次に掲げる日 午前8時から<u>午後6時15分まで</u></p> <p>ア 毎月第1土曜日(1月1日から同月3日までの間に該当する場合にあつては, 第2土曜日。以下同じ。)</p> <p>イ 振替休業日</p> <p>ウ 県民の日を定める条例(昭和43年茨城県条例第3号)に規定する県民の日</p> <p>2・3 略</p> <p>(入会の申込み等)</p> <p>第5条 学童クラブに児童を入会させようとする保護者等は, 学童クラブ入会申込書(様式第1号。以下「申込書」という。)に次に掲げる書類を添付して, これを教育委員会に提出しなければならない。ただし, 第2号に掲げる書類については, 教育委員会が公簿等により確認することができるときは, その添付を省略することができる。</p> <p>(1) 次のアからオまでに掲げる学童クラブの利用を必要とする理由の区分に応じ, 当該アからオまでに定める書類</p> <p>ア 就労による場合 <u>就労(就労予定)証明書</u>(様式第2号)</p> <p>イ～オ 略</p> <p>(2)・(3) 略</p> <p>2・3 略</p> |    |

| 旧  | 新  | 備考   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|-------|---|------|-------|--|--|--|--|--------|----|----|--|------|--|-------|-----|----|--|------|--|-----|----|--|------|--|----|----|------|----------|----------|--|--|-------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|-------|--|--|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|-----|-----|------------|------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--------|------|--|----|--|------|-------|------|--|----|--|-----|--|-----|--|--|--|-------|---|------|-------|--|--|--|--|--------|----|----|--|------|--|-------|-----|----|--|------|--|-----|----|--|------|--|----|----|------|----------|----------|--|--|-------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|-------|--|--|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|--|------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|-----|-----|------------|------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>様式第1号（第5条関係）</p> <p style="text-align:center;">（表面）<br/>学童クラブ入会申込書</p> <p style="text-align:right;">【      年度】<br/>年   月   日</p> <p>ひたちなか市教育委員会 殿</p> <p style="text-align:right;">保護者等</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:15%;">住所</td><td>ひたちなか市</td></tr> <tr><td>フリガナ</td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td></td></tr> </table> <p>学童クラブへの入会について、次のとおり申し込みます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">フリガナ</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:10%;">性別</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">学校名</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td>児童名</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>男<br/><input type="checkbox"/>女</td> <td></td> <td>(新)学年</td> <td>年</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>迎えに来る方</td> <td>氏名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">緊急連絡先</td> <td>①氏名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②氏名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>家族状況（利用児童を除く世帯全員（単身赴任を含む。）を記入してください。）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生年月日</th> <th>勤務先（学校）名</th> <th>勤務先等電話番号</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>利用予定月及び利用区分の該当する箇所に☑を付けてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>利用予定月</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td><td></td> </tr> <tr> <td>利用曜日</td> <td colspan="13"><input type="checkbox"/>月・<input type="checkbox"/>火・<input type="checkbox"/>水・<input type="checkbox"/>木・<input type="checkbox"/>金・<input type="checkbox"/>第1土曜日</td> </tr> </table> <p>入会理由及び世帯区分の該当する箇所に☑を付けてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:10%;">入会理由</td> <td colspan="12" style="text-align:center;">必要とする理由（世帯単位・複数選択可）</td> </tr> <tr> <td colspan="12"><input type="checkbox"/>就労 <input type="checkbox"/>妊娠・出産 <input type="checkbox"/>疾病・障害 <input type="checkbox"/>介護 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>世帯区分</td> <td colspan="12">略</td> </tr> </table> <p style="text-align:right;">※市使用欄</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>No.</th> <th>受付</th> <th>同意書</th> <th>申出書</th> <th>面談希望<br/>有無</th> <th>口座有無</th> <th>入力</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align:center;">（裏面）<br/>略</p> | 住所   | ひたちなか市   | フリガナ                     |                          | 氏名                       |                          | フリガナ                     |                          | 性別                       |                          | 学校名                      |                          | 児童名                      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | (新)学年 | 年 | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  | 迎えに来る方 | 氏名 | 続柄 |  | 電話番号 |  | 緊急連絡先 | ①氏名 | 続柄 |  | 電話番号 |  | ②氏名 | 続柄 |  | 電話番号 |  | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先（学校）名 | 勤務先等電話番号 |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  | 利用予定月 | <input type="checkbox"/> |  | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |  | 利用曜日 | <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 第1土曜日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 入会理由 | 必要とする理由（世帯単位・複数選択可） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯区分 | 略 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | No. | 受付 | 同意書 | 申出書 | 面談希望<br>有無 | 口座有無 | 入力 |  |  |  |  |  |  |  | <p>様式第1号（第5条関係）</p> <p style="text-align:center;">（表面）<br/>学童クラブ入会申込書</p> <p style="text-align:right;">【      年度】<br/>年   月   日</p> <p>ひたちなか市教育委員会 殿</p> <p style="text-align:right;">保護者等</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:15%;">住所</td><td>ひたちなか市</td></tr> <tr><td>フリガナ</td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr> </table> <p>学童クラブへの入会について、次のとおり申し込みます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">フリガナ</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:10%;">性別</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">学校名</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td>児童名</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>男<br/><input type="checkbox"/>女</td> <td></td> <td>(新)学年</td> <td>年</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>迎えに来る方</td> <td>氏名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">緊急連絡先</td> <td>①氏名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②氏名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>家族状況（利用児童を除く世帯全員（単身赴任を含む。）を記入してください。）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生年月日</th> <th>勤務先（学校）名</th> <th>勤務先等電話番号</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>利用予定月及び利用区分の該当する箇所に☑を付けてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>利用予定月</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td><td></td> </tr> </table> <p>入会理由及び世帯区分の該当する箇所に☑を付けてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:10%;">入会理由</td> <td colspan="12" style="text-align:center;">必要とする理由（世帯単位・複数選択可）</td> </tr> <tr> <td colspan="12"><input type="checkbox"/>就労 <input type="checkbox"/>妊娠・出産 <input type="checkbox"/>疾病・障害 <input type="checkbox"/>介護 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>世帯区分</td> <td colspan="12">略</td> </tr> </table> <p style="text-align:right;">※市使用欄</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>No.</th> <th>受付</th> <th>同意書</th> <th>申出書</th> <th>面談希望<br/>有無</th> <th>口座有無</th> <th>入力</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align:center;">（裏面）<br/>略</p> | 住所 | ひたちなか市 | フリガナ |  | 氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日 | フリガナ |  | 性別 |  | 学校名 |  | 児童名 |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | (新)学年 | 年 | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  | 迎えに来る方 | 氏名 | 続柄 |  | 電話番号 |  | 緊急連絡先 | ①氏名 | 続柄 |  | 電話番号 |  | ②氏名 | 続柄 |  | 電話番号 |  | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先（学校）名 | 勤務先等電話番号 |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  | 利用予定月 | <input type="checkbox"/> |  | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |  | 入会理由 | 必要とする理由（世帯単位・複数選択可） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯区分 | 略 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | No. | 受付 | 同意書 | 申出書 | 面談希望<br>有無 | 口座有無 | 入力 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | ひたちなか市   |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ   |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ   |  | 性別   |                          | 学校名                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童名  |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |                          | (新)学年                    | 年                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 迎えに来る方   | 氏名   | 続柄   |                          | 電話番号                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急連絡先  | ①氏名  | 続柄   |                          | 電話番号                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ②氏名  | 続柄   |                          | 電話番号                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   | 続柄   | 生年月日   | 勤務先（学校）名                 | 勤務先等電話番号                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用予定月  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4月   | 5月   | 6月                       | 7月                       | 8月                       | 9月                       | 10月                      | 11月                      | 12月                      | 1月                       | 2月                       | 3月                       |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用曜日   | <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 第1土曜日     |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入会理由   | 必要とする理由（世帯単位・複数選択可）  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯区分   | 略  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No.  | 受付   | 同意書  | 申出書                      | 面談希望<br>有無               | 口座有無                     | 入力                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | ひたちなか市   |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ   |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ   |  | 性別   |                          | 学校名                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童名  |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |                          | (新)学年                    | 年                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 迎えに来る方   | 氏名   | 続柄   |                          | 電話番号                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急連絡先  | ①氏名  | 続柄   |                          | 電話番号                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ②氏名  | 続柄   |                          | 電話番号                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   | 続柄   | 生年月日   | 勤務先（学校）名                 | 勤務先等電話番号                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用予定月  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4月   | 5月   | 6月                       | 7月                       | 8月                       | 9月                       | 10月                      | 11月                      | 12月                      | 1月                       | 2月                       | 3月                       |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入会理由   | 必要とする理由（世帯単位・複数選択可）  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯区分   | 略  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No.  | 受付   | 同意書  | 申出書                      | 面談希望<br>有無               | 口座有無                     | 入力                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |        |      |  |    |  |      |       |      |  |    |  |     |  |     |  |  |  |       |   |      |       |  |  |  |  |        |    |    |  |      |  |       |     |    |  |      |  |     |    |  |      |  |    |    |      |          |          |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |  |      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |    |     |     |            |      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 旧   | 新   | 備考  |   |        |        |   |     |  |     |        |
|---|---|---|---|--------|--------|---|-----|--|-----|--------|
| 様式第2号（第5条関係）  |   |   |   |        |        |   |     |  |     |        |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">学校名</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%;">児童名</td> <td style="width:25%; text-align:right;">(第 学年)</td> </tr> </table> | 学校名   |   |   | 児童名    | (第 学年) | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">学校名</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%;">児童名</td> <td style="width:25%; text-align:right;">(第 学年)</td> </tr> </table> | 学校名 |  | 児童名 | (第 学年) |
| 学校名   |   |   | 児童名   | (第 学年) |        |   |     |  |     |        |
| 学校名   |   |   | 児童名   | (第 学年) |        |   |     |  |     |        |
| 雇用（雇用予定）証明書   |   |   | 就労（就労予定）証明書   |        |        |   |     |  |     |        |
| 年 月 日   |   |   | 年 月 日   |        |        |   |     |  |     |        |
| ひたちなか市教育委員会 殿   |   |   | ひたちなか市教育委員会 殿   |        |        |   |     |  |     |        |
| 事業所所在地 _____<br>事業所名 _____<br>代表者氏名 _____<br>電話番号 _____<br>記入者氏名 _____  |   |   | 事業所所在地 _____<br>事業所名 _____<br>代表者氏名 _____<br>電話番号 _____<br>記入者氏名 _____  |        |        |   |     |  |     |        |
| 次の者は、当事業所に（ <input type="checkbox"/> 雇用中・ <input type="checkbox"/> 雇用予定）であることを証明する。   |   |   | 次の者は、当事業所に（ <input type="checkbox"/> 就労中・ <input type="checkbox"/> 就労予定）であることを証明する。   |        |        |   |     |  |     |        |
| 氏名  |   |   | 氏名  |        |        |   |     |  |     |        |
| 住所  |   | 住所  |   |        |        |   |     |  |     |        |
| 就労年月日<br>(予定を含む。)   | 年 月 日から   | 就労年月日<br>(予定を含む。)   | 年 月 日から   |        |        |   |     |  |     |        |
| 勤務先の名称及び所在地   | <input type="checkbox"/> 上記事業所と同じ<br>※上記と異なる場合は、下欄に記載してください。<br>名称：<br>所在地：<br>電話番号：  | 勤務先の名称及び所在地   | <input type="checkbox"/> 上記事業所と同じ<br>※上記と異なる場合は、下欄に記載してください。<br>名称：<br>所在地：<br>電話番号：  |        |        |   |     |  |     |        |
| 雇用形態  | <input type="checkbox"/> 正社員（正職員） <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 就労形態  | <input type="checkbox"/> 正社員（正職員） <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他（ ） |        |        |   |     |  |     |        |
| 職種・業務内容   |   | 職種・業務内容   |   |        |        |   |     |  |     |        |
| 就労時間  | 午前・午後 時 分 ～ 午後 時 分  | 就労時間  | 午前・午後 時 分 ～ 午後 時 分  |        |        |   |     |  |     |        |
| 就労日数  | 1か月（ 日間）  | 就労日数  | 1か月（ 日間）  |        |        |   |     |  |     |        |
| 育児休暇取得期間  | 年 月 日から 年 月 日まで   | 育児休暇取得期間  | 年 月 日から 年 月 日まで   |        |        |   |     |  |     |        |
| 【証明書作成者様へ】  |   | 【証明書作成者様へ】  |   |        |        |   |     |  |     |        |
| 1 この証明書は、児童の学童クラブ入会に当たり、就労状況について証明するものです。虚偽の証明は無効となります。<br>2 就労状況等についての現地確認、記入内容等についての問合せをさせていただくことがありますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。<br>3 ご不明な点がございましたら、お手数ですが、ひたちなか市教育委員会事務局青少年課（電話番号）までお問い合わせください。   |   | 1 この証明書は、児童の学童クラブ入会に当たり、就労状況について証明するものです。虚偽の証明は無効となります。<br>2 就労状況等についての現地確認、記入内容等についての問合せをさせていただくことがありますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。<br>3 ご不明な点がございましたら、お手数ですが、ひたちなか市教育委員会事務局青少年課（電話番号）までお問い合わせください。 |   |        |        |   |     |  |     |        |

令和 6 年 11 月 20 日

指導課

## ひたちなか「キャリア探検ラリー」の実施について

### ■ 1 ねらい

児童生徒が様々な産業分野のリアルを体験することにより、「やりたいこと」や「なりたいもの」を発見し、そのことを各自が向学心につなげる。

### ■ 2 概要

- 〈対 象〉 市内の小学校 4 年生～中学校 2 年生の希望者 ※令和 6 年度は小学校 5・6 年生
- 〈活 動〉 ・ 様々な分野の市内事業所に出向いて体験を行う。  
・ 児童生徒は体験後、事業所からカードにスタンプをもらう。※スタンプラリーは 7 年度
- 〈送 迎〉 保護者送迎を基本とする。  
※令和 7 年度以降の往復手段については今後検討
- 〈申 込〉 募集チラシに二次元コードを掲載し、そこから参加者各自が申し込む。
- 〈保 険〉 体験中のけがについては、市加入保険で対応。  
※往復は保障対象外なので、各自での保険加入を呼びかけ（募集チラシに掲載）
- 〈後 援〉 ひたちなか商工会議所に申請中

### ■ 3 当面 3 年間の計画

|     | 令和 6 年度                         | 令和 7 年度  | 令和 8 年度                      |
|-----|---------------------------------|--|------------------------------|
| 名 称 | ひたちなかキャリア探検<br>ラリー2024in クリスマス  | ひたちなか<br>キャリア探検ラリー2025                               | ひたちなか<br>キャリア探検ラリー2026       |
| 期 間 | 冬季休業中<br><u>12 月 25 日（水）午前中</u> | 夏季休業中 ※事業所により開催日は異なる<br>7 月 19 日（土）<br>～ 8 月 31 日（日） | 7 月 18 日（土）<br>～ 8 月 31 日（月） |
| 対 象 | 小学校 5～6 年生<br>※2,600 名中 100 名想定 | 小学校 4 年生～中学校 2 年生<br>※6,000 名中 1,000 名想定             |                              |
| 事業所 | 約 20 か所                         | 約 100 か所   |                              |
| 送 迎 | 保護者                             | 保護者（小 4～公共交通機関・中学生自転車を検討）                            |                              |

### 4 今年度の事業所一覧（11 月 11 日現在）

|   | 事業所          |    | 事業所        |    | 事業所        |
|---|--------------|----|------------|----|------------|
| 1 | コマツ茨城工場      | 7  | 永井農業       | 13 | 茨城工業高等専門学校 |
| 2 | 日立製作所ビルシステム  | 8  | 砂押園芸       | 14 | 国営ひたち海浜公園  |
| 3 | 日立ハイテク       | 9  | フロイデひたちなか  | 15 | ホテルニュー白亜紀  |
| 4 | 茨城トヨタ（株）勝田東店 | 10 | 埋蔵文化調査センター |    |            |
| 5 | 西野精器製作所      | 11 | 広域事務組合消防本部 |    |            |
| 6 | 那珂湊漁業協同組合    | 12 | ひたちなか海浜鉄道  |    |            |