

緊急受入れカード

年 組 児童生徒名

保護者氏名

学校再開第1期、緊急受入れを希望します。

理由

希望する日に○、希望しない日に×を上段に記入してください。

希望する日の下段には希望時間を書いてください。

6/1 (月)	6/2 (火)	6/3 日 (水)	6/4 (木)	6/5 (金)
○	○	○	○	○
: ~	: ~	: ~	: ~	: ~
:	:	:	:	:
6/8 日 (月)	6/9 日 (火)	6/10 (水)	6/11 (木)	6/12 (金)
○	○	○	○	○
: ~	: ~	: ~	: ~	: ~
:	:	:	:	:

※キッズクラブは 11:30からとなります。詳細はキッズからの連絡でご確認ください。

< 6月1日~12日の緊急連絡先 >

- ① 名前 () 連絡先 ()
② 名前 () 連絡先 ()

