

緊急受入れカード 2020-3(5月)

年 組 児童名

保護者氏名

緊急受入れを希望します。

理由

--

対象

1年生～4年生

受入れ時間

8:50～14:30

希望日

希望する日に○、しない日に×をつけてください。

月	火	水	木	金
11日	12日	13日	14日	15日
18日	19日	20日	21日	22日
25日	26日	27日	28日	29日

連絡先1

名前 _____

電話番号 _____

連絡先2

名前 _____

電話番号 _____