

船橋市朝の子供居場所づくり事業登録申込書

年 月 日

船橋市教育委員会教育長 あて

申込者

郵便番号	—
住所	船橋市
フリガナ	
氏名	
電話番号	( )

船橋市朝の子供居場所づくり事業の利用を希望するので、下記のとおり申し込みます。  
記

対象児童	フリガナ			生	平成 年 月 日 令和
	氏 名			年 月 日	
	在籍校名	小学校 年			
	利用校名	(私立学校等に在籍し、在籍校と利用校が異なる場合に記入) 小学校			
	放課後ルームの利用	有 ・ 無			
	放課後子供教室（船っ子教室）の利用	有 ・ 無			

※携帯電話及び職場等、日中連絡をとることが可能な連絡先を2つまでご記入ください。

緊急連絡先 1	フリガナ	児童との続柄	
	氏名		
	電話番号 (携帯電話等)	( )	勤務先等名称 (連絡先が職場またはその他の場合に記入)
緊急連絡先 2	フリガナ	児童との続柄	
	氏名		
	電話番号 (携帯電話等)	( )	勤務先等名称 (連絡先が職場またはその他の場合に記入)
備 考	お子様が参加する上で、特に留意すべき事柄（障害者手帳を所持している、発達障害の診断を受けた、アナフィラキシー症状を伴うアレルギー情報、エピペンの所持など）がございましたらご記入ください。		

裏面の注意事項を遵守することに同意します。

ご署名 (申込者)	
--------------	--

## 注意事項

- (1) 登校の際には、見守り場所まで保護者の付き添いをお願いします（おおむね午前7時30分以降に自宅を出る場合は、付き添いは任意としますが、午前7時30分以降でも可能な限り児童の付き添いをお願いします）。
- (2) 車でのお送りはご遠慮ください。
- (3) 児童の体調が悪い日のご利用はお控えください。
- (4) 在籍する学級等で学級閉鎖等の期間中は、その学級等の児童は、本事業を利用できません。
- (5) 午前6時の時点で船橋市に各種警報（波浪・高潮を除く）が発表されている場合、本事業は中止します。各ご家庭で気象情報の確認をお願いします。
- (6) 朝食の持参はできません。
- (7) 居場所では自習や読書をして静かに過ごしてください。
- (8) 怪我や急病が発生した場合、見守り員により簡易的な応急処置のみ対応いたします。  
程度により、お迎えや救急車を要請する場合があります。事前に登録された緊急連絡先に教育委員会から連絡しますので、速やかにお迎えに来てください。
- (9) 利用児童が見守り員の注意に従わない、ルールが守れない、迷惑行為などがあった場合は、利用をお断りする場合があります。
- (10) 学校内での事業となるため個人情報を学校・放課後ルーム・船っ子教室・教育委員会内で共有することがあります。

# 記入例

ボールペンで記入してください。  
消せるボールペンは使用しないでください。

船橋市朝の子供居場所づくり事業登録申込書

本申込書の提出日を記入してください。

令和 8 年 2 月 2 日

船橋市教育委員会教育長 あて

申込者

申込者（保護者）の方の郵便番号、住所、氏名、電話番号を記入してください。

郵便番号	273 — 8501
住所	船橋市 湊町 2-10-25
フリガナ	フナバシ タロウ
氏名	船橋 太郎
電話番号	047 ( 436 ) 2802

船橋市朝の子供居場所づくり事業の利用を希望するので、下記のとおり申し込みます。

記

対象児童	フリガナ	フナバシ	イチロウ	生年 月 日	平成 令和元年 4 月 5 日
	氏 名	船橋	一郎		
	在籍校名	葛飾 小学校 新 1 年			
	本申込書の提出日時点でのお子さんの学年を記入してください。 入学前の方は、入学予定の学校名及び「新 1」年とご記入ください。				
	小学校				
	放課後ルームの利用	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			
	放課後児童クラブの利用	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			

利用している、または利用予定（申請中含む）の方は“有”に、それ以外の方は“無”に○をつけてください。

※携帯電話及び職場等、日中連絡をとることが可能な連絡先を2つまでご記入ください。

緊急連絡先 1	フリガナ	フナバシ ハナコ	児童との続柄
	氏名	船橋 花子	母
緊急連絡先 2	フリガナ	フナバシ タロウ	児童との続柄
	氏名	船橋 太郎	父
	電話番号 (携帯電話等)	080 (●●●●) ●●●●	勤務先等名称 (連絡先が職場やその他の場合に記入)
			〇〇株式会社 (内線: 0000)
備 考	お子様が参加する上で、特に留意すべき事柄（障害者手帳を所持している、発達障害の診断を受けた、アナフィラキシー症状を伴うアレルギー情報、エビペンの所持など）がございましたらご記入ください。		

児童との続柄を記入してください。

裏面の注意事項を遵守することに同意します。

ご署名  
(申込者)

船橋 太郎