

施設名
児童名

## カリキュラム

(時)	月	火	水	木	金	土
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

上記カリキュラムのとおり、受講（研究）していることを申し立てます。

令和 年 月 日

住 所 石岡市  
氏 名  
電話番号

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

学校等所在地  
学校等名称  
指導教官

※カリキュラムの内容は、学校などで受講・研究している時間及び内容を記入すること。