

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						

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。