

上 川 町 認 定 こ ど も 園 退 園 届

年 月 日

上川町長 様

保護者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____ () _____

下記の者について、認定こども園の退園希望がありますので申し込めます。

退園児童	氏名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	
退園を希望する日		年 月 日	
退 園 理 由			
備 考			