

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みます。

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			