

令和 年 月 日

吉野川市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

吉野川市親子関係形成支援事業受講申請書

以下の記載のとおり、親子関係形成支援事業の受講を申請します。

受講者	住所			
	母		電話番号	
	子		生年月日	
受講日（4週連続講座）				
1	令和8年6月5日（金）	2	令和8年6月12日（金）	
3	令和8年6月19日（金）	3	令和8年6月26日（金）	

吉野川市親子関係形成支援事業を受講するにあたり、吉野川市が事業実施に必要な範囲で関係機関に対し、情報提供及び情報収集することに同意します。

氏 名 _____