

理事長	園長	主任	係

学童保育申請書

(兼児童台帳)

年 月 日

聖徳保育園園長様

現住所
保護者氏名 () 印
電話番号 () -

児童名	ふりがな (男・女)				
	年 月 日生 (満 歳 月)				
入園家庭の状況を除く 児童を	氏名	続柄	生年月日	性別	職業及び勤務先
		父			電話
		母			電話
その他の緊急連絡先	父携帯		母携帯		
	その他の連絡先氏名	続柄	電話		
希望する保育時間	保育期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	希望曜日	月・火・水・木・金・土			
	希望時間	時 分 ~	時 分	分まで	
理由				児童の性格行動特徴など	
学校名 (小)	担任 (年組)				
	電話番号				

※虚偽の証明は、認定申請を無効とし、認定・入園の取消し(退園)等を行うことがあります。

就労(内定)証明書

日立市長 殿

証明日 平成 年 月 日

保護者記入欄

ふりがな	
児童氏名	
施設名	<input type="checkbox"/> 申込中(第1希望) <input type="checkbox"/> 入園中
ふりがな	
児童氏名	
施設名	<input type="checkbox"/> 申込中(第1希望) <input type="checkbox"/> 入園中

【会社(事業所)記入欄】

所在地

名称

代表者

電話番号



※対象児童が2人以上いる場合は、人数分の証明書を用意してください(原本1部+残りをコピーで構いません)。

下記の事項について 就労・ 就労内定 していることを証明します。(口欄にチェックしてください)

就労(内定)者氏名			
入社(予定)年月日 <small>※育児休業復帰日ではありません</small>	昭和 年 月 日から 平成 年 月 日まで	雇用契約期間が 決まっている場合	平成 年 月 日まで (更新 有・無)
勤務地	(会社(事業所)所在地と実際の勤務地が異なる場合のみ記入してください) 電話番号		
就労形態	正社員・パート・アルバイト・派遣・契約社員・自営・内職・その他()		
仕事の内容	事務・営業・調理員・保育士・幼稚園教諭・教師・公務員・その他()		
就労日数	1か月あたり 日	定休日	月・火・水・木・金・土・日・祝日 不定休(週・月 日)
就労時間 <small>※定時・不規則のいずれかを選択</small>	<input type="checkbox"/> 定時 時 分 ~ 時 分 (休憩時間含む) <input type="checkbox"/> 不規則 週() 時間勤務(休憩時間含む) 月() 時間勤務(休憩時間含む)		
給与	基本給 月 円 (又は、日給・時給 円)		



産休・育休の取得者及び育児短時間勤務を利用している方(取得予定含む)

産前・産後休暇	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
育児休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ※ <input type="checkbox"/> 保育園等への入園ができ次第、職場復帰可能です。 (該当する場合のみ、口欄にチェックしてください)
育児短時間勤務 を利用している方 (取得予定含む)	時短勤務時間 (日数) 1か月あたり 日(時間) 時 分 ~ 時 分
	時短取得期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

※会社等に勤務の場合は勤務先、自営の場合は自営主、内職の場合は納品先等が証明してください。
※自営・在宅勤務の方・勤務先の経営者が自身又は親族の方・内職の方は、就労状況(予定)申告書
も合わせて提出してください。

園児緊急連絡票

記入日 西暦 年 月 日			ぐみ		
ふりがな		続柄		生年月日	
児童名		長男・二男・三男 長女・二女・三女		西暦 年 月 日	
住所 アパート等は棟号		住所 〒 - 市 町			
		TEL ()		FAX ()	
父	ふりがな		勤務先住所 〒 -		
	名前		市 町		
	勤務先名		勤務先TEL ()		
			父携帯		
	保育園から勤務先への通勤時間		時間 分		
	<勤務時間>平日		時 分 ~ 時 分		
		土曜 時 分 ~ 時 分			
<休日> 毎週		曜日・各週 曜日・その他 ()			
母	ふりがな		勤務先住所 〒 -		
	名前		市 町		
	勤務先名		勤務先TEL ()		
			母携帯		
	保育園から勤務先への通勤時間		時間 分		
	<勤務時間>平日		時 分 ~ 時 分		
		土曜 時 分 ~ 時 分			
<休日> 毎週		曜日・各週 曜日・その他 ()			
託児希望時間		平日 時 分 ~ 時 分			
		土曜日 時 分 ~ 時 分			
		日曜日 時 分 ~ 時 分			
かかりつけの病院		内科 外科		血液型 型	
① 保育園で主に利用している病院を 希望します 希望しません 小児科 外科 整形外科					
② 緊急時は輸血を 希望します 希望しません 保護者名 印					
送迎する方					
名前		TEL		関係	
名前		TEL		関係	
保護者の方以外の連絡先					
名前		TEL		関係	
名前		TEL		関係	
入所		西暦 年 月 日		退所 西暦 年 月 日	