

# 出産・疾病・介護等証明書

綾 部 市 長 様

証 明 者 (  医師  民生児童委員  その他 )

事 業 所 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

記 入 者 名 \_\_\_\_\_

記 入 者 連 絡 先 \_\_\_\_\_

下記の内容について、事実であることを証明いたします。[証明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日]

種別	内 容		
出 産	出産者氏名		児童との続柄
	出産予定日	年      月      日	
疾 病	疾病者氏名		児童との続柄
	病名等		
	入院・療養期間	年   月   日   ~      年   月   日	
	乳幼児の保育について	保育不可	保育可能
介 護 ・ 看 護	従事者氏名 (介護・看護する者)		児童との続柄
	同居の被介護者名 (介護・看護される者)		児童との続柄
	介護・看護の必要性	必要                      不要	
	実施年月日	年   月   日   ~      年   月   日	
	通常の従事時間	時   分   ~      時   分 ( 時間 )	1ヶ月平均 日
備 考 欄			

保護者記入欄

児童名	生年月日      年   月   日	園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)
児童名	生年月日      年   月   日	園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)
児童名	生年月日      年   月   日	園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 (第一希望)