

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 _____ (印)
 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)