

通 所 （ 園 ） 証 明 書

府中町長 宛

令和 年 月 日

施 設 名 称
代表者氏名
所 在 地
電 話 番 号
担当者氏名

次のとおり、本施設に通所（園）していることを証明します。

| | |
|--------------------------|---|
| 施 設 形 態 | <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 通 園 児 童 名 | |
| 生 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 保 護 者 名 | |
| 入 所 （ 園 ） 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 保 育 日 数 | 月・火・水・木・金・土・日 の週____日 ※曜日に○をつけてください。 |
| 保 育 利 用 時 間 | ____時____分 から ____時____分 まで |
| 保 育 料 | 月額____円 |
| 特 記 事 項 (あれば記入してください) | |

◆保護者記入欄

| | | | | |
|-----|--|----------|----------|----------|
| 児 童 | 氏 名 | | | |
| | 生 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| | 保 育 所 等 名 ※第1希望または在園している園を記入してください。 | | | |