休日等保育登録申込書

年　　月　　日

　（宛先）茅ヶ崎市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　申込者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　次のとおり休日等保育の登録を申込します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童名（ふりがな） | 性別 | 生年月日 |
|  | 男　女 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保育園名 | クラス年齢 | 所属組 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 休日等の勤務場所と連絡先 |
| 保護者の状況 |  |  |  | 連絡先 |
| 勤務場所（　　　　　　　　　）最寄駅（　　　　　　　　　） |
| 送迎方法（　　　　　　　　）送迎片道時間（　　　　　　　） |
|  |  |  | 連絡先 |
| 勤務場所（　　　　　　　　　）最寄駅（　　　　　　　　　） |
| 送迎方法（　　　　　　　　）送迎片道時間（　　　　　　　） |
|  |  |  | 連絡先 |
| 勤務場所（　　　　　　　　　）最寄駅（　　　　　　　　　） |
| 送迎方法（　　　　　　　　）送迎片道時間（　　　　　　　） |
|  |  |  | 連絡先 |
| 勤務場所（　　　　　　　　　）最寄駅（　　　　　　　　　） |
| 送迎方法（　　　　　　　　）送迎片道時間（　　　　　　　） |

保育課使用欄