

受 託 証 明 書

平成 年 月 日

川崎市 福祉事務所長 あて

施設名 _____

施設住所 _____

電話番号 _____

代表者（施設管理者） _____ (印)

次の児童を保育している（いた）ことを証明します。

児 童 氏 名	
保 護 者 氏 名	
住 所	川崎市 区
受託開始日	平成 年 月 日より（平成 年 月 日まで）
受 託 場 所	<input type="checkbox"/> 認定保育園 <input type="checkbox"/> 地域保育園 <input type="checkbox"/> 家庭保育福祉員 <input type="checkbox"/> おなかま保育室 <input type="checkbox"/> その他（ ）
保 育 料	<input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> その他（ ） 円
保 育 時 間	時 分から 時 分まで
保 育 状 況	<input type="checkbox"/> 週 日（月・火・水・木・金・土・日） <input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> その他（ ）
備 考	

この証明は、保育園入園事務のために使用するものです。
不明な点など、内容について照会させていただくことがあります。