

(年度)	(保育所等名)	(児童氏名)	(児童生年月日)
年度		<input type="checkbox"/> 利用中	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 申 込	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 転園申請	年 月 日

※上記の太枠内を保護者が必ずご記入ください。記入がない場合、申請内容を受付できない場合があります。

病気・介護（看護）・出産証明書

傷病・出産の家族名		児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()
傷病等の名称			
看護の必要の度合 または 児童の保育が 困難な状況			
通院・入院の期間	通院 週 回	入院 平成 年 月 日	～平成 年 月 日
出産の予定日	平成 年 月 日		
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。平成 年 月 日			
医療機関			
住 所			
氏 名 ㊟			

○上記内容に相違した場合は、入所後であっても施設・事業を利用できなくなる場合があります。
○ご不明な点がある場合は、茨木市保育幼稚園事業課までお問い合わせください。[TEL 072 (620) 1638]

記入例

傷病・出産の家族名	茨木 花子	児童との続柄	父 ・ 母 母 ・ その他 ()
傷病等の名称	〇〇病		
看護の必要の度合 または 児童の保育が 困難な状況	平成29年10月ごろから〇〇病により、投薬で自宅療養中。 △△や□□の症状があり、日中の児童の保育が困難である。		
通院・入院の期間	通院 週 1 回	入院 平成 年 月 日	～平成 年 月 日
出産の予定日	平成 年 月 日		
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。平成 29 年 10 月 15 日			
医療機関			
住 所			
氏 名 医師 高槻 太郎 ㊟			