

休日保育利用日確認書

年 月 日

この書類は、休日保育を利用する児童が利用要件を満たすことを確認するものです。
(休日保育を利用する際に、施設にご提出ください。)

休日保育利用施設

申込者 氏 名

児 童 氏 名			
入所している 施設			

※アレルギー、熱性けいれん等の既往症がある場合は、内容を記入してください。

申 込 月	利 用 日 (予約システムで申込した日付を記載してください)		
月	日 (曜日)	日 (曜日)	日 (曜日)
	日 (曜日)	日 (曜日)	日 (曜日)
	日 (曜日)	日 (曜日)	日 (曜日)

※下記については入所している施設へ提出し、確認を受けてください。

在園施設確認欄 年 月 日

該当の児童について、休日保育利用日の属する週は、通常保育の利用が週5日以内であり、休日保育の利用要件を満たすことを確認しました。

施設名

施設長

印

該当の児童に発熱、下痢、嘔吐等の症状や感染症に罹った場合は利用施設へご連絡ください。(症状によっては治癒証明等の提出を依頼する場合があります。)

- ・キディ湘南C-X TEL: 0466-30-3515
- ・キディ鶴沼・藤沢 TEL: 0466-52-2345
- ・どれみちやいるどくらぶ にじ TEL: 0466-44-0194

記 載 例

休日保育利用日確認書

年 月 日

この書類は、休日保育を利用する児童が利用要件を満たすことを確認するものです。
(休日保育を利用する際に、施設にご提出ください。)

休日保育利用施設 ○○ 保育園

申込者 氏 名 保育課 母

児 童 氏 名	保育課 子一	保育課 子二	
入所している施設	××保育園	××保育園	

※アレルギー、熱性けいれん等の既往症がある場合は、内容を記入してください。

申 込 月	利 用 日 (予約システムで申込した日付を記載してください)		
4 月	2 日 (日曜日)	9 日 (日曜日)	1 6 日 (日曜日)
	2 3 日 (日曜日)	2 9 日 (土曜日)	3 0 日 (日曜日)
	日 (曜 日)	日 (曜 日)	日 (曜 日)

※下記については入所している施設へ提出し、確認を受けてください。

在園施設確認欄 年 月 日

該当の児童について、休日保育利用日の属する週は、通常保育の利用が週5日以内であり、休日保育の利用要件を満たすことを確認しました。

施設名 ××保育園

施設長 ○○ ×× 印

該当の児童に発熱、下痢、嘔吐等の症状や感染症に罹った場合は利用施設へご連絡ください。(症状によっては治癒証明等の提出を依頼する場合があります。)

- ・キディ湘南C-X TEL: 0466-30-3515
- ・キディ鶴沼・藤沢 TEL: 0466-52-2345
- ・どれみちやいるどくらぶ にじ TEL: 0466-44-0194