

令和 年 月 日

園長印	担任印

土曜預かり申込書（勤務証明書）

〒870-0016 大分市新川町1丁目1228番1
社会福祉法人 白 菊 会

TEL 097-535-0611

証明者	
所在地	〒
事業所名	
部署長	印
電話番号	

※ 太枠内は事業所の方がご記入ください。また、内容に変更が生じた場合は、保護者を通じて園へ就労証明を再度ご提出ください。

住所						
氏名						
連絡先	※緊急な連絡は勤務先におかけします。					
勤務形態	常勤 ・ 非常勤 ・ パート					
	1週（ ）日					
	就業日：月・火・水・木・金・土・日・祝日 ※就業する日に○をつけてください					
職種		休日				
勤務日数	例) 1月11日(土)	午前 9時30分	～	午後 5時30分 (8時間)	利用日	利用時間
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)	✓	9時～18時
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)		
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)		
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)		
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)		
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)		
	月 日(土)	午前 時 分	～	午後 時 分 (時間)		

上記の者は当事業所に勤務していることを証明します。

児童名		クラス	
保護者名			

※ 勤務がないときは、ふれあいの時間を大切にする為ご家庭での保育をお願いします。

※ この申請書は前月の20日までに必ず提出をしてください。