◎　児童氏名・放課後児童教室名を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名・（学年） | (　　年) | 放課後児童教室名 | 清水小・西小・南小 |

稼　働　状　況　証　明　書（通院者用）

　　　　　　　　　　　　　　　稼働者住所：

　　　　　　　　　　　　　　　稼働者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　児童との関係：

|  |  |
| --- | --- |
| 通院先(病院名) |  |
| 通院先住所 | ＴＥＬ  ＦＡＸ |
| 診療の内容  （具体的に） |  |
| 通院者氏名 | 児童との関係（　　　　　　　） |
| 通院時間 | 曜日～　　曜日　　　　時　　分～　　　時　　分　迄  　　　曜日　　　　　　　　　時　　分～　　　時　　分　迄  　　　曜日　　　　　　　　　時　　分～　　　時　　分　迄  　　　１日平均　　　時間勤務（休憩時間を含む） |
| 土曜日通院の  有・無・時間 | 有　（毎週・隔週・その他　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　時　　分～　　　時　　分  　　　無 |
| 休日 | 毎週　　　曜日　（　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　曜日　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １ヶ月の通院日数 | 日間　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　※　内容に虚偽の記載等が判明した場合は入会申込そのものがなかったものと致します。

　　　※　入会後に虚偽の記載等が判明した場合は、その時点で退会となります。

　　　※　稼働状況等に変更があった場合は速やかに変更届の提出をお願い致します。

（裏　面）

（放課後児童教室用）

　清水町こども未来課　宛

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記事項について証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 病名等  （療養の内容） |  |
| 通院状況 | 週　　　回 |
|  | 月　　　回 |
| 総合的に判断  すると  （該当する項目  にいくつでも○  を記入してくだ  さい） | （　　）児童の保育は困難である（好ましくない） |
| （　　）今後　　ヶ月は、児童の保育は困難である |
| （　　）家族の介護が常時必要である |
| （　　）その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | |

※　内容に虚偽の記載等が判明した場合、その時点で退所となります。