

保 育 所 等 休 園 届

令和 年 月 日

島田市福祉事務所長 様

居 住 地

保 護 者 氏 名

電 話 番 号

下記の児童の保育所等休園届を提出いたします。

記

施設名	
児童氏名	
生年月日 (クラス)	平成・令和 年 月 日 (歳児クラス)
休園年月日	令和 年 月 1日 から 令和 年 月 末日 まで
休園理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産の際に当該児童を連れて帰省するため (分娩予定日：令和 年 月 日予定) <input type="checkbox"/> 病気療養のため (病名：) <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	

保育所等休園届

令和 ◆◆年 ×月 ▲日

島田市福祉事務所長 様

居住地 島田市〇〇町〇〇番地

保護者 氏 名 島田 一郎

電話番号 0547-36-7195

下記の児童の保育所等休園届を提出いたします。

記

施設名	◆◆保育園
児童氏名	島田 初駆
生年月日 (クラス)	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇年 〇月 〇日 (〇 歳児クラス)
休園年月日	令和 〇年 8月 1日 から 令和 〇年 8月 末日 まで
休園理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産の際に当該児童を連れて帰省するため (分娩予定日: 令和▲年 〇月 〇日予定) <input type="checkbox"/> 病気療養のため (病名:) <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	