預かり保育利用休止届

年　　月　　日

天理市児童福祉課　様

保護者　住　　所

　　　　氏　　名　　　　　　　　　　印

　　　　電話番号

　　　　緊急連絡先

　次のとおり預かり保育の利用を休止したいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 園児氏名 | 組　　　　　　　　　　　　平成　年　月　日生氏　名　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| ２ | 休止日 | 休止の月日 | 休止の理由 |
| ①　　月　　日（　曜日） |  |
| ②　　月　　日（　曜日） |  |
| ③　　月　　日（　曜日） |  |
| ④　　月　　日（　曜日） |  |
| ⑤　　月　　日（　曜日） |  |
| ⑥　　月　　日（　曜日） |  |
| ⑦　　月　　日（　曜日） |  |
| ⑧　　月　　日（　曜日） |  |
| ⑨　　月　　日（　曜日） |  |
| ⑩　　月　　日（　曜日） |  |
| 合　　計　　　　　　回 |
| ３ | その他（園に知らせておく事） |  |