

年 月 日

日野市保育施設空き状況証明交付申請書

(あて先) 日野市長

申請者(保護者)住所

申請保護者氏名

保護者連絡先(父 ・ 母) - -

下記保育施設の定員に空きがないことを証明願います。

記

施設名	
クラス	歳児クラス
証明期間	年 月 ～ 年 月
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送を希望 <input type="checkbox"/> 窓口での直接受け取りを希望 (身分証をご持参ください)