

# 証明願

令和 年 月 日

住所 飯能市 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

下記事項について証明願います。

## 記

下記の児童は、本市の保育所等に令和 年 月入所(園)はしていません。	
フリガナ	
児童名	
生 年 月 日	平成 年 月 日 ( 歳児) 令和
入所(園)申請の有無	<input type="checkbox"/> 申請あり <input type="checkbox"/> 申請なし
備 考	

上記、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

飯能市福祉子ども部

印

飯能市大字双柳1番地の1

電話番号 (042) 973-2111(代)