

児童名	生年月日H・R 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日H・R 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日H・R 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中

※申込児童及び未就学の兄弟姉妹の状況を記入してください。

## 医療機関勤務の医師・看護師優先入所（園）に関する申出書

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

住 所

氏 名

連絡先

勤務先

勤務先所在地

保育関係施設入所の申し込みにあたり、下記のことについて申し出ます。

### 記

保育関係施設の入所が内定した場合には、必ず入所月に、入所申込時（入所選考時）に提出した就労（予定）証明書のとおり、医師免許または看護師免許を保持して、医療機関にて医師または看護師として勤務します。

また、理由に関わらず入所申込時（入所選考時）の就労状況に変更が生じた場合（退職や本同意書に反する転職等）、入所内定の取り消しまたは退所となることに異議はありません。

以下、事業所記入欄

上記内容について、事実であることを証明します。

(宛先) 前橋市長

証明日 令和 年 月 日

事業所名

代表者名

所在地

電話番号

記入者名

記入者連絡先

【問い合わせ先】

前橋市役所子育て施設課

TEL 027-220-5705 (直通)