

特例制度対象施設証明書（認可外保育施設）

※ 1、2は、受験者が記入してください。

※ 「特例対象施設 実務証明書」の写しを添付してください。

1. 受験者氏名、生年月日及び連絡先

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

連絡先（電話番号） _____

2. 認可外保育施設における勤務期間等

勤務先名称： _____

勤務先住所： _____

勤務期間：平成・令和_____年_____月 から 平成・令和_____年_____月

実働時間： _____ 時間

本受験者により申請のあった上記認可外保育施設の勤務期間のうち、

平成・令和_____年_____月 から 平成・令和_____年_____月 の期間

について、認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書が交付された特例制度対象施設に該当することを証明する。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

川越市こども未来部こども政策課長 印

都道府県名： 埼玉県