

児童委託申込書

年 月 日

下記の通り、児童をナーサリールームへ委託の申し込みをします。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	出産予定日
児童名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	年 月 日
住所	〒 —			
電話番号	TEL			
委託希望 開始年月日	年 月 日	委託希望時間	: ~ :	
委託予定期間	<input type="checkbox"/> 2歳児終了 <input type="checkbox"/> 認可転園 <input type="checkbox"/> その他			
認可申し込み	1.有 2.無			
認可への 転園希望	1.有 2.無			
フリガナ				
保護者氏名				
携帯電話番号				
勤務先				
勤務先住所	〒 —		〒 —	
勤務先電話番号 (代表)				

※緊急連絡の際、職場にご連絡することがあります

* 出産されましたらご連絡下さい。出産予定日より、1か月たってもご連絡がない場合は無効とさせていただきますので、あらかじめご了承下さい。

* この申込書は6か月間有効です。継続希望の方は、電話で承りますので、ご連絡下さい。

ナーサリールーム ☎ 03-3473-8317

就労報告書

氏名			続柄		
就労形態	役員・自営業主	1.役員	2.自営業主		
	被用者	3.正規の職員・従業員	4.パート・アルバイト		
働き方	1.固定の労働時間制		2.変形労働時間制	3.その他	
就労時間帯	時 分		～	時 分	
就労日	1.月 2.火 3.水 4.木 5.金 6.土 7.日 8.祝日 9.不定				
通勤時間	時間 分				
交通手段	1.電車 2.バス 3.車 4.自転車 5.その他 ()				
産前・産後休暇の取得(予定)期間	西暦		年 月 日	～	年 月 日 まで
育児休暇の取得(予定)期間	西暦		年 月 日	～	年 月 日 まで
復職予定日	西暦		年 月 日		
短時間勤務制度の 利用予定と 期間中の就労時間	入所以降の短時間勤務制度の利用予定		1.有	2.無	
	短時間勤務制度の利用終了予定期日		西暦 年 月 日 まで		
	制度利用(予定) 期間中の就労時間帯	時 分 ～ 時 分			

氏名			続柄		
就労形態	役員・自営業主	1.役員	2.自営業主		
	被用者	3.正規の職員・従業員	4.パート・アルバイト		
働き方	1.固定の労働時間制		2.変形労働時間制	3.その他	
就労時間帯	時 分		～	時 分	
就労日	1.月 2.火 3.水 4.木 5.金 6.土 7.日 8.祝日 9.不定				
通勤時間	時間 分				
交通手段	1.電車 2.バス 3.車 4.自転車 5.その他 ()				
産前・産後休暇の取得(予定)期間	西暦		年 月 日	～	年 月 日 まで
育児休暇の取得(予定)期間	西暦		年 月 日	～	年 月 日 まで
復職予定日	西暦		年 月 日		
短時間勤務制度の 利用予定と 期間中の就労時間	入所以降の短時間勤務制度の利用予定		1.有	2.無	
	短時間勤務制度の利用終了予定期日		西暦 年 月 日 まで		
	制度利用(予定) 期間中の就労時間帯	時 分 ～ 時 分			