

児童名: \_\_\_\_\_

# 授業日程証明書

《保育所入所申込用》

受講者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 豊見城市字 \_\_\_\_\_

在学予定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

(時間)	月	火	水	木	金	土	日
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

この学生が上記の時間割(カリキュラム)のとおり受講(研究)していることを証明します。

令和 年 月 日

学校等名称  
所在地  
電話番号  
指導教官名  
(担任名)

印

※この授業日程証明書に関するお問い合わせ

豊見城市 福祉健康部 保育こども園課 098-850-5088