

平成30年度 マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンst. 入会申請書

平成 年 月 日

申請者	住所			転居予定日 平成 年 月 日
	フリガナ	続柄		転居予定先住所
	氏名	自宅電話		茅ヶ崎市

_____月 1・15 日からの入会を申請します。

※派遣社員の方は、派遣先の社名・派遣先所在地・電話番号等を記入してください。

フリガナ				生年月日			1男・2女
児童氏名				平成	年	月	
学校名	小学校		学年	1. 新1年生	2. 新2年生	3. 新3年生	組
				4. 新4年生	5. 新5年生	6. 新6年生	
児童の状況	出身保育園又は幼稚園					健康状態	
	障害等特別な配慮の必要性	有・無	具体的な障害名をご記入ください。 (手帳等をお持ちの場合も併せてご記入ください。)			障害等配慮の必要性 有の場合 通所施設等の利用 有・無	
母親の状況				父親の状況			
フリガナ							
氏名	(歳)						(歳)
生年月日	昭和・平成 年 月 日			昭和・平成 年 月 日			
携帯電話番号							
勤務先等	名称等						
	所在地						
	電話						
いずれかに○をして下さい	1 居宅内就労 ・ 2 居宅外就労			1 居宅内就労 ・ 2 居宅外就労			
勤務等の日数	週 日 (月平均 日)			週 日 (月平均 日)			
勤務等の時間	月～金	時 分～	時 分	時 分～ 時 分			
	土曜	時 分～	時 分	時 分～ 時 分			
通勤等の時間	時間 分			時間 分			
父母の状況(該当する項目に○をしてください。)							
1 共働き 2 母子家庭 3 父子家庭 4 両親不存在 5 その他(病気療養中・他の家族の看護・心身障害等)							
2・3・4の場合の理由 死別・行方不明・離婚・未婚・離婚前提の別居・その他()							
(その他の同居家族)	氏名	続柄	年齢	職業(学校等)	育成時間延長希望欄 (1～3のいずれかに○をしてください。)		
			1	利用(育成)時間の変更なし(18時まで)			
			2	19時まで(土曜日を除く)			
			3	19時まで(土曜日を含む)			

※職員使用欄(記入しないでください。)

児童の状況		受付年月日	平成 年 月 日
保護者の状況		受付者	
調整		受付番号	
入力		入会状況	新規・継続

マミー・インターナショナル



勤務(内定)証明書

氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
住所						

採用(予定)年月日	昭和・平成 年 月 日					
勤務日数	週 日 (月平均 日)					
休日(○をしてください)	月・火・水・木・金・土・日・祝日・年末年始・その他()					
勤務時間	月～金曜日	時	分～	時	分	
	土曜日	時	分～	時	分	
備考	変則勤務等の場合の曜日・時間 (上の勤務時間の曜日も訂正し、記入してください)	曜日	時	分～	時	分
		曜日	時	分～	時	分
	残業が恒常的(週3日以上)にある場合	週	日	・	時間	分程度の残業あり
	育児休業を取得中の場合の期間	平成	年	月	日～平成	年 月 日
	実際の勤務場所が、 証明の場所と異なる場合	勤務先名				
	所在地					
	電話番号					
	その他					

※該当しない部分には斜線を引いてください。

上記のとおり勤務(内定)していることを証明します。

平成 年 月 日

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt. 施設長殿

事業所名
代表者
所在地
電話番号

印

※この証明書は、マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.入会のための付属資料とするもので、それ以外に使用することはありませんので、正確に記入の上、証明をお願いいたします。勤務時間は24時間表記をお願いいたします。

※会社・事業所の代表者名により証明してください。印鑑については、社判・代表者印(シャチハタ等は不可)を使用してください。

なお、勤務場所が、支店・営業所・派遣先等で、社判・代表者印を押印することが困難な場合は、支店長・営業所長・派遣先の代表者等の権限による証明でも差支えありません。

※採用内定・育児休業取得中の方については、就労予定・復職後の内容でご記入ください。

※証明書を訂正する場合は、必ず二重線で抹消・加筆し、証明者印と同一の訂正印を押印してください。入会の審査に使用しますので、訂正印のないもの、修正液等により修正されたものは、証明書としての効力がなくなります。

※変則勤務・ローテーション等で、この用紙に記入しきれない場合は、直近1か月分のシフト表を添付してください。

なお、内容について問い合わせをする場合がありますので、よろしくをお願いいたします。

ご記入の際に不明な点等がありましたら、下記担当までお問い合わせください。

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt. 0467-40-5551

勤務（内定）証明書

氏名	七色 虹子	生年月日	昭和・平成50年 8月 6日
住所	神奈川県茅ヶ崎市元町1丁目		

採用（予定）年月日	昭和・平成 27年 4月 2日		
勤務日数	週 5日 （月平均 20日）		
休日（○をしてください）	月・火・水・木・金・土・日・祝日・年末年始・その他（ ）		
勤務時間	月～金曜日	9時 00分～ 17時 15分	
	土曜日	時 分～ 時	
備考	変則勤務等の場合の曜日・時間 (上の勤務時間の曜日も訂正し、記入してください)	曜日	時 分～ 時
		曜日	時 分～ 時
	残業が恒常的(週3日以上)にある場合	週 3日	・ 1時間 分程度の残業あり
	育児休業を取得中の場合の期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日
	実際の勤務場所が、 証明の場所と異なる場合	勤務先名	
	所在地		
	電話番号		
その他			

※該当しない部分には斜線を引いてください。

上記のとおり勤務（内定）していることを証明します。

平成 29年 12月 1日 営業所
マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt. 施設長殿

事業所名 株式会社〇〇〇〇
代表者 代表取締役 〇〇 〇〇
所在地 神奈川県茅ヶ崎市幸町〇-〇〇-〇〇
電話番号 0467-〇〇-〇〇〇〇
印
↑
代表者

※この証明書は、マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.入会のための付属資料とするもので、それ以外に使用することはありませんので、正確に記入の上、証明をお願いいたします。勤務時間は24時間表記をお願いいたします。

※会社・事業所の代表者名により証明してください。印鑑については、社判・代表者印(シャチハタ等は不可)を使用してください。

なお、勤務場所が、支店・営業所・派遣先等で、社判・代表者印を押印することが困難な場合は、支店長・営業所長・派遣先の代表者等の権限による証明でも差支えありません。

※採用内定・育児休業取得中の方については、就労予定・復職後の内容でご記入ください。

※証明書を訂正する場合は、必ず二重線で抹消・加筆し、証明者印と同一の訂正印を押印してください。入会の審査に使用しますので、訂正印のないもの、修正液等により修正されたものは、証明書としての効力がなくなります。

※変則勤務・ローテーション等で、この用紙に記入しきれない場合は、直近1か月分のシフト表を添付してください。

なお、内容について問い合わせをする場合がありますので、よろしくお問い合わせいたします。

ご記入の際に不明な点等がありましたら、下記担当までお問い合わせください。

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt. 0467-40-5551

就労状況等報告書

平成 年 月 日

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.施設長殿

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所			

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.の申請にあたり、就労状況等について、下記のとおり報告いたします。

記

該当する理由へ○をつけ、必要事項を記入してください。

※就学・技術習得を理由とする方は、在学証明書(合格通知等)と時間割等を添付してください。

自 営 業 ・ 就 学 ・ 技 術 習 得	職場名(学校名)	就労状況(居宅内・居宅外)		
	就労先(通学先)所在地			
	就労(通学)開始(予定)年月日	昭和・平成 年 月 日		
	就労(通学)日数	週 日 (月平均 日)		
	休日(○をしてください)	月・火・水・木・金・土・日・祝日・年末年始・その他()		
	就労(授業)時間	月～金曜日	時 分～	時 分
		土曜日	時 分～	時 分
備考				

※看護・介護を理由とする方は、看護・介護を要する方の、診断書・証明書等を添付してください。

看 護 ・ 介 護	看護・介護者を要する方の氏名				
	児童との続柄	場所	居宅内(2か月以上、常時必要)・居宅外		
	居 宅 外 の 場 合	介護・看護を要する日(○をしてください)	月・火・水・木・金・土・日		
		介護・看護に要する時間	月～金曜日	時 分～	時 分
			土曜日	時 分～	時 分
備考					

※疾病を理由とする方は、診断書等の医師の証明書を添付してください。

疾 病	病名		病院名	
	入院・療養期間			

※心身障害を理由とする方は、身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者福祉手帳の写しを添付してください。

心身障害	程度	身体障害者手帳 級	療育手帳 度	精神障害者保健福祉手帳 級
------	----	-----------	--------	---------------

※その他を理由とする方は、事前にマミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.へ相談してください。

そ の 他	保護に欠ける具体的な理由			
	保護に欠ける期間			

就労状況等報告書

平成29年12月4日

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.施設長

氏名	七色 虹子	生年月日	昭和・平成 50年5月 10日
住所	神奈川県茅ヶ崎市〇〇—〇		

マミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.の申請にあたり、就労状況等について、下記のとおり報告いたします。

記

該当する理由へ〇をつけ、必要事項を記入してください。

※就学・技術習得を理由とする方は、在学証明書(合格通知等)と時間割等を添付してください。

自 営 業 ・ 就 学 ・ 技 術 習 得	職場名(学校名)	〇〇 飯店		就労状況(居宅内・ <u>居宅外</u>)
	就労先(通学先)所在地	神奈川県茅ヶ崎市 〇—〇—〇		
	就労(通学)開始(予定)年月日	昭和・ <u>平成</u> 5年 4月 1日		
	就労(通学)日数	週 6 日 (月平均 24 日)		
	休日(〇をしてください)	<u>月</u> ・火・水・木・金・土・日・祝日・年末年始・その他()		
	就労(授業)時間	月～金曜日	10時 00分～	21時 00分
		土曜日	10時 00分～	21時 00分
備考				

※看護・介護を理由とする方は、看護・介護を要する方の、診断書・証明書等を添付してください。

看 護 ・ 介 護	看護・介護者を要する方の氏名	七色 空男		
	児童との続柄	祖父	場所	居宅内(2か月以上、常時必要)・ <u>居宅外</u>
	居宅外の場合	介護・看護を要する日(〇をしてください)	<u>月</u> ・火・水・木・ <u>金</u> 土・日	
		介護・看護に要する時間	月～金曜日	10時 00分～ 17時 00分
	土曜日		時 分～ 時 分	
備考	要介護2			

※疾病を理由とする方は、診断書等の医師の証明書を添付してください。

疾 病	病名	〇〇 病		病院名	〇〇 病院
	入院・ <u>療養期間</u>	平成29年12月1日～平成30年12月30日			

※心身障害を理由とする方は、身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者福祉手帳の写しを添付してください。

<u>心身障害</u>	程度	<u>身体障害者手帳</u>	2 級	療育手帳	度	精神障害者保健福祉手帳	級
-------------	----	----------------	-----	------	---	-------------	---

※その他を理由とする方は、事前にマミー・レインボーきつず@茅ヶ崎サザンSt.へ相談してください。

そ の 他	保護に欠ける具体的な理由	
	保護に欠ける期間	