

受付日	
受付施設名	

2019.06ver

児童発達支援センター親子通所 利用誓約書

※太枠内をご記入ください。

認可施設へ申し込みしている児童名および認可施設へ入所している児童名をご記入ください。

フリガナ 児童氏名	生年月日	在園施設名等 (認可施設へ申し込み中の場合は空白)
フリガナ	年 月 日	
フリガナ	年 月 日	
フリガナ	年 月 日	

豊中市長宛

親子通所 利用（予定）児童

ふりがな	
通所(予定)児童氏名	
生年月日	年 月 日 (男・女)
通所(予定)開始日	年 月 日

上記の児童は、児童発達支援センター親子通所の利用中（または利用予定）であることを誓約します。
 なお、入所月中に親子通所とならなかった場合、及び単独通所となった場合、ならびに通所対象児童が
 就学した場合は保育を必要とする事由に該当せず、他の保育必要事由が確認できない場合は入所内定
 の取り消し及び、保育の実施を解除されても異議申し立ていたしません。

年 月 日

住所 豊中市

代表保護者氏名 _____ 印

※親子通所開始後に児童発達支援センターから交付された利用承認証のコピーを提出してください。