休　園　願

年　　月　　日

（宛先）
戸田市福祉事務所長

保護者住所

保護者氏名

下記の者は、現在＿＿＿＿＿＿＿＿保育園に入所していますが、このたび次の理由により休園させたくお願い致します。
尚、保育料納入については支障のないように致します。

記

１．園児氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．生年月日　　年　　月　　日　生まれ

３．休園期間 ⑴　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 まで
　　⑵　　年　　月　　日 ～緊急事態宣言が解除された日以降、
　　最初の1日が属する月の翌月末日まで

４．休園理由（可能な限り詳細にお書きください。）

※ 休園期間は、原則２週間以上１カ月以内となります。
（ただし里帰り出産が理由の場合については、産前産後休暇の期間内は可能です。）

所　長	次　長	課　長	主　幹	副主幹	係担当	園　長	主任保育士	担　任