特例制度対象施設証明書

* １、２は受験者が記入してください。また、特例対象施設実務証明書の写しを添付してください。
1. 受験者氏名及び生年月日

氏名

生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生

連絡先（電話番号）

1. 認可外保育施設の名称・住所

名称

住所

３．特例対象施設としての基準を満たす期間

　　平成・令和　　年　　月　　日　　～　　平成・令和　　年　　月　　日　　現在

　　上記の認可外保育施設が、「特例制度対象施設」に該当するものであることを証明する。

令和　　　年　　　月　　　日

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県福祉部少子政策課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　都道府県名：埼玉県