令和　　年　　月　　日

 金ケ崎町長　髙　橋　寛　寿　様

所在地

施設名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先電話番号

　　下記の者は，以下のとおり日々子どもと関わる業務に携わるものであることを証明しま

す。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 業務内容 |  |
| 従事期間 | 　　　　年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日 |