様式第2号(第4条関係)

第　　号

　年　月　日

　　　　　様

丸亀市長　　　　印

一日保育士職場体験決定通知書

　　年　月　日付けの申込みにつきましては、下記のとおり決定したので、お知らせします。

　なお、諸事情により職場体験を辞退又は変更する場合は、下記担当課にご連絡ください。

　また、体験にあたり、必ず事前に受入施設に連絡をし、詳細についてご確認ください。

記

１．体験日　　　　年　　月　　日

２．受入施設

　（1）施設名

　（2）所在地

　（3）電話番号

　（4）担当者

３．注意事項

　　□　細菌検査（検便）が必要（　　　　　　　　　　）

　　□　細菌検査は不要

　　※検査費用は、体験者の負担となります。

　　※検査は、病院又は保健所で行ってください。（検査結果が出るまでの日数を考慮し、お早めに受検してください。）

　　※検査結果は、体験日に受入施設に提示してください。

丸亀市　　部　　課

　電話