

様式第2号（第7関係）

年 月 日

大町市病児・病後児保育事業登録承認（不承認）決定通知書

様

大町市長 牛越 徹 印

年 月 日付で申請のありました病後児保育の登録について、下記のとおり決定しましたので通知します。

1 承認

児童氏名 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 月 日生（ 歳 ヶ月）※4月1日現在年齢

2 不承認

理由 _____

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。