

病児保育事業利用登録申請書(兼児童台帳)

() 町長 殿

令和 年 月 日

登録番号	No.		
保護者住所			
保護者氏名			
自宅電話番号	-	-	携帯電話番号
			-

病児保育事業の利用登録を申し込みます。

ふりがな		男・女	平成・令和 年 月 日生
児童氏名			(満 歳)
児童の状況	① () 保育所(園) ②その他()		

※ 確実に連絡がとれる保護者の方を記入してください。

家族の状況 及び 緊急連絡先	(ふりがな) 氏 名	児童との 続 柄	緊急連絡先(勤務先等)及び電話番号	連絡 優先順
	()	父	勤務先名称: 勤務先所在地:[]市・町 電 話 番 号: 携帯等:	
()	母	勤務先名称: 勤務先所在地:[]市・町 電 話 番 号: 携帯等:		
()		勤務先名称: 電 話 番 号: 携帯等:		
()		勤務先名称: 電 話 番 号: 携帯等:		

かかりつけの 医療機関	病院・医院	病院・医院
	科	科
TEL :	TEL :	

既往症等 ※○をつけてください	1. 熱性けいれん(回数: 回)⇒ 最後は…H・R 年 月 日 座薬指示(有・無) 2. てんかん 3. インフルエンザ(H・R 年 月) 4. その他()
--------------------	--

アレルギー	なし・あり(食物・薬・じんましん・その他) ※ありの場合は内容を具体的に ()
-------	--

- ① 病児保育ルーム コスモスに提出してください。
- ② 年度が変わったら再提出が必要です。