

病児・病後児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録申請します。
なお、記入した個人情報は、実施施設で共有することを承認します。

利用者 (保護者)	氏名	児童との続柄	連絡先 (すべて記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入)
	※第一連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 (名称)
	※第二連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 (名称)

登	氏名	性別	生年月日
	(ふりがな)	男・女	平成 年 月 日 令和
録	通園・通学施設等(該当番号に○) 1 通園又は通学先 2 通園又は通学していない	1の時は記入	施設名 _____
	かかりつけの医師 医療機関名		
児	定期的に通院している疾患(該当番号に○)(該当の疾患がある場合は、病名を記入してください。) 1 ない 2 ある(病名)		
	常時内服している薬(ぜんそく・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的に記入してください。) 1 ない 2 ある ()		
	入院の経験(該当番号に○)(入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。) 1 ない 2 ある(歳 箇月頃、病名)		
童	その他(保育上配慮してほしいことについて記入してください。)		
※食物アレルギーについては、裏面に記載する部分があります。			

※裏面もご記入ください

