

猪名川町 病児保育事業利用申込書

事業実施者 様

申込日 年 月 日

| | | |
|----------|------|-----------|
| 申込者(保護者) | 住所 | (〒 —) |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | (自宅) (携帯) |

次のとおり、猪名川町病児保育事業を利用したいので、主治医の医師連絡票を添付して、申し込みます。

なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。 ※ 事前の予約が必要です。

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

| | | | | |
|--|---|-------------------|------------|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児童の氏名 | | 男・女 | 年 齢 | 歳 か月 |
| 通園・通学施設等について | <input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、学校等に通園(通学)している。 <input type="checkbox"/> 通園(通学)していない。 (施設名: _____ Tel: _____) | | | |
| 利用理由(保護者の状況) | <input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | |
| 利用予定期間 | 申請時 | 年 月 日～ 年 月 日(日間) | | |
| 主治医 | 医療機関名 | | | |
| | 担当医師 | | Tel: _____ | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 児童との続柄 | 電話番号 | |
| | 勤務先住所 | | | |
| | 氏名 | 児童との続柄 | 電話番号 | |
| | 勤務先住所 | | | |
| | 氏名 | 児童との続柄 | 電話番号 | |
| | 住所 | | | |
| 保育上、注意が必要なことがあれば記入してください。(体質、くせ、心配なこと、配慮してほしいことなど) | | | | |

※ アレルギー食については対応していませんので弁当等をご持参ください。