

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)

電話で予約したとおり、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。

下記該当する事項に必要事項を記載または□にチェック願います。

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
児童の氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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:) 以下については、任意でお答えください。 <input type="checkbox"/> 児童発達支援や放課後等デイサービス等を利用している。			
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()			
利用開始日	年 月 日			
緊急連絡先	氏名	児童との続柄	電話番号	
	氏名	児童との続柄	電話番号	
	氏名	児童との続柄	電話番号	
治療中の病気や怪我の有無	今回の病気や怪我以外で、現在通院または治療されている病気や怪我について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※アレルギー食については対応していませんので、お弁当などをお持ちください。			
その他	保育上、注意が必要なことや配慮が必要なこと等があれば記入してください。			