

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。