

病児/病後児保育利用申込書

ID _____

次のとおり病児/病後児保育の利用を申し込みます。

住所 _____

保護者氏名 _____ 印

自宅電話 _____

登録児童	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	年	月	日
				(歳	ヶ月)
緊急連絡先 【 】に優先順位	氏名:	続柄:	電話:	【 】		
	勤務先:		勤務先電話:	【 】		
	氏名:	続柄:	電話:	【 】		
	勤務先:		勤務先電話:	【 】		
通園施設	幼稚園 保育園 認定こども園					
看護できない理由	1、勤務上の都合 2、その他					
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					

* お子様に関すること

今回の病気の 症状と経過 (検査の結果など)	
けいれんの既往	なし・あり (回 ※最後にけいれんを起こした年齢 歳 カ月頃)
気になること 気をつけて欲しいこと 伝えておきたいこと	