

砥部町病児・病後児保育事業利用登録申請書

実施施設長 様

児 童	フリガナ氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日生	
				年 齢	歳 か月	
				学 年	小学 年生	
	住 所					
	就学等の状況					
既往症 (これまでにかかった病気をすべてに○)		1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風疹(三日はしか) 5 咽頭結膜炎(プール熱) 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 ヘルパンギーナ 8 百日咳 9 手足口病 10 感染症紅斑(リンゴ病) 11 熱性けいれん 12 川崎病 13 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 14 結核 15 喘息 16 アトピー性皮膚炎 17 とびひ 18 湿疹 19 食物アレルギー(ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆) 20 その他()				
アレルギー 体質の有無		無 ・ 有(詳細)				
保 護 者	父	フリガナ氏名	勤務先	電話番号		
			携帯電話			
	母	フリガナ氏名	勤務先	電話番号		
			携帯電話			
登録を希望する理由	父	□就労 □傷病 □冠婚葬祭 □その他()				
	母	□就労 □傷病 □冠婚葬祭 □出産 □その他()				
かかりつけの病院等の名称	電話番号					
備 考						

- 1 緊急時には保育以外の診療や処置をする場合があります。
- 2 緊急時の診療や処置には利用料のほかに費用が発生する場合があります。
- 3 お子さんの病状により病児保育の利用を継続する事が困難であると判断した場合は、保育を中止します。

上記の項目について同意し、申請します。

申請者署名 _____