

別記第 1 様式号 (第 6 条関係)

病児・病後児保育登録申込書

年 月 日

下松市長 様

保護者
住所
氏名
TEL 1
TEL 2

下松市病児・病後児保育事業実施要綱に基づく保育を利用したいので、同要綱第 6 条第 1 項の規定により登録を申し込みます。

なお、この事業の利用料金確定のため、児童と生計を一にする保護者（これらの者がいない場合は、生計を一にする児童を監護する者）の所得状況を調査することに同意します。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日 年 月 日
所属	保育園 幼稚園 小学校 年		
保護者の氏名	(1)	勤務先名 (TEL)	
	(2)	勤務先名 (TEL)	

※市記入欄	登録番号	
	階層・金額	

病児・病後時保育利用申請書

利用者氏名		生年月日	H・R	年	月	日生
既往症						
アレルギー						

緊急連絡先①

保護者氏名					
住所		連絡先	(自宅)		
		連絡先	(携帯)		
お勤め先		連絡先			

緊急連絡先②

保護者氏名					
住所		連絡先	(自宅)		
		連絡先	(携帯)		
お勤め先		連絡先			

※連絡先に変更があった場合は、速やかにお申出下さい。申出がなく、緊急時に連絡がつかない場合は、責任を負えません。

かかりつけ医

医療機関名					
担当医					
かかっている疾患名					

阿部クリニック
院長 阿部政則様

病児、病後児保育の利用の説明を受け、裏面の内容に同意の上利用を申し込みます。

R 年 月 日

申込者氏名: _____ [続柄 _____]