

第2号様式（第10条第2項）

栄町病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

（設置者） 様

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

（ふりがな） 児 童 氏 名		生年 月 日	年 月 日 （ 歳 月）
住 所	〒 -	電 話 番 号	()
利用を希望する理由	1 就労 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他 ()		
利用を希望する日及び時間	年 月 日 () から 年 月 日 () まで 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
迎えの人	氏名 続柄 ()		
緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	勤 務 先
			緊 急 連 絡 先 電 話 番 号 - -
主な症状（該当するものに○をつけください。） 発熱・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・発疹・湿疹 その他（具体的にお書きください。）			
いつからこの症状が始まりましたか。経過をお書きください			
※熱	今朝の体温 ℃		
※食事	今朝の食欲		
	朝食の内容		
	夕食の内容		
※排泄	便の様子 普通／便秘（いつから ）／便秘（いつから ）		
	尿の様子 有／無（いつから ）		
病児・病後児保育の利用は （はじめて・ 回目）			
※ 事務処理欄（記入しないでください。）			登録番号
利用料金	円		