

病後児保育利用登録書

年 月 日				
認定こども園大田 園長 様		申請者 住所 伊達市		
保護者氏名		印		
TEL				
病後児保育事業利用のため、次の通り登録します。				
ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日 年 月 日	
	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先・電話番号
同居 親 族				
父親の勤務時間 時 分 ~ 時 分			母親の勤務時間 時 分 ~ 時 分	
保育状況	保育園 幼稚園 家庭保育	保育園および幼稚園名 TEL		
かかりつけ医	TEL			
これまでにかかった主な病気				
アレルギー	特になし	・	ある 原因物質 ()	
食事について	制限なし	・	制限あり 具体的に ()	
その他健康上の留意点				