病後児保育利用申込書

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

TEL

病後児保育事業利用を希望するので、次の通り申込みます。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年　月　日 （　歳　月）

在籍保育園・幼稚園	TEL
家庭での 保育困難理由	1　勤務の都合　2　その他（　）
利用期間	年　月　日　から　年　月　日
利用時間	時　分　～　時　分
緊急連絡先	①　氏名　続柄（　）TEL
	②　氏名　続柄（　）TEL

児童の状況	病　名		与　薬	あり　・　なし
	主症状	□せき　□異常な呼吸音　□発しん　□下痢　□鼻水 □その他（　）		
	特に伝えておきたいこと	（　）		

児童の容体が変化した場合の処置	□　保護者が主治医に連れて行く。 □　当園で提携病院に連れて行く。 （受診後は、家庭保育となります。）

※　登録後、健康保険証等に変更があった場合はご持参ください。