

四街道市病児・病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日

（あて先）四街道市長

申請者（保護者）氏名

印

四街道市病児・病後児保育事業を利用したいので、四街道市病児・病後児保育事業実施規則第6条第1項の規定により、次のとおり登録を申し込みます。

ふりがな			男 ・ 女		
児童氏名					
児童生年月日	年	月	日 ( 歳)		
自宅住所	(〒 - )		市内 <input type="checkbox"/>		
自宅電話番号	-	-	・ なし		
児童の所属	保育所(園)等 ・ 幼稚園 ・ 小学校				
所在地（住所）	市内 <input type="checkbox"/>				
保護者	連絡先 第1順位	氏名		続柄	
		携帯電話		- -	
		勤務先	会社名等		
			所在地 (住所)	市内 <input type="checkbox"/>	
	電話番号		-	-	
	連絡先 第2順位	氏名		続柄	
		携帯電話		- -	
		勤務先	会社名等		
所在地 (住所)			市内 <input type="checkbox"/>		
電話番号		-	-		
児童のかかりつけ 医療機関名					

※すべての欄をもれなくご記入ください。

※市内口欄に一つもチェックが入らない方は利用できません。

※この利用登録申込書は、利用を希望する病児・病後児保育施設へ直接ご提出ください。

※児童の発達状況、予防接種歴、アレルギー、既往歴、服用薬その他保育の実施に必要な事項について、保育施設に備え付けの書類等によりお知らせください。

※個人情報病児・病後児保育施設で厳重に保管し、保育以外の目的には一切使用しません。