

病後児保育利用登録申請書

登録児童	ふりがな 氏名	男 女	年 月 日 生まれ	
	保育園・幼稚園 ・小学校名等			
	かかりつけの 医療機関			
	自宅住所	(〒 -)	電話番号 (- -)	
緊急連絡先	①	連絡先名	電話・携帯電話	
	②	連絡先名	電話・携帯電話	
	③	連絡先名	電話・携帯電話	
世帯状況 (同居者全員を記入)	氏名	続柄	生年月日	備考
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
既往歴	これまでかかったことのあるものに☑をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 風疹	
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	
	<input type="checkbox"/> その他			
食事制限	食事制限の必要	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
※食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。				
その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			

上記のとおり、病後児保育事業の登録を申請します。

なお、〇〇保育園病後児保育事業利用規程の内容について理解し、遵守することに同意します。

平成 年 月 日

〇〇保育園長 様

申請者 住所

氏名