

第1号様式（第9条関係）

知多市病児・病後児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

知多市長 様

保護者 住 所

氏 名

連絡先

次のとおり病児・病後児保育事業の利用登録を申請します。

なお、記入した個人情報を知多市及び実施施設で共有することを承諾します。

①	ふりがな		登録番号 (記入不要)	— —	
	児 童 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳 か月	
②	ふりがな		登録番号 (記入不要)	— —	
	児 童 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳 か月	
関 係 名 け っ け か かり 医 療 機 機 構	医療機関名 主治医師名		電話番号	— —	
保 護 者	父	ふりがな			
		氏 名			
		緊急連絡先	—	—	
		勤 務 先	名 称		
			住 所		
			電話番号	—	—
	母	ふりがな			
		氏 名			
		緊急連絡先	—	—	
		勤 務 先	名 称		
			住 所		
			電話番号	—	—
(上 記 保 護 者 以 外) 緊 急 連 絡 先	ふりがな				
	氏 名	(続柄)			
	自宅電話	— —	携帯電話 — —		
	勤務先の電話番号	—	—		
既往症など配慮すべきこと	アレルギー 無 ・ 有 (具体的に)				