

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

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	ち — —	
	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	ち — —	
	児童名		性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月	
医療機関名 かかりつけ	医療機関名		電話番号 ()		
保 護 者	ふりがな		(続柄)		
	氏 名				
	勤 務 先	名 称			
		住 所			
電話番号 ()					
緊 急 連 絡 先 (上記保護者以外)	ふりがな		(続柄)		
	氏 名				
	連 絡 先	自宅又は 勤務先の電話番号 自宅 ・ 勤務先 ()			
		携帯電話の番号 ()			
既往症など 配慮すべき こと	アレルギー 無 ・ 有 (具体的に)				

備考 登録番号については知多市が記入するため、申請者は記入の必要はありません。