

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。

| | | | | |
|------------------|-------------------|-----|----------|-------|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児 童 名 | | | 登録番号 | — — |
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児 童 名 | | | 登録番号 | — — |
| ※ 登録番号は、市で記入します。 | | | | |
| かかりつけ | 医療機関名 | | 電話番号 () | |
| | 主治医師名 | | | |
| 保 護 者 | ふりがな 氏 名 (続柄) | | | |
| | 勤務先 | 名 称 | | |
| | | 住 所 | | |
| | | 電 話 | | |
| 緊急連絡先 (上記以外) | 氏名 | | 自宅・職場 | |
| | 続柄 | | 携 帯 電 話 | |
| 既往症など配慮すべきこと | アレルギー 有 ・ 無 () | | | |

※些細なことでも気になる点をご記入ください。