

阿久比町病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

(実施施設の長) 様

保護者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____

次のとおり、阿久比町病児・病後児保育事業実施要綱第10条第2項の規定により、阿久比町病児・病後児保育事業を利用したいので、医師連絡票兼診療情報提供書を添付して申請します。

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
児童の氏名		男・女	年 齢	歳 か月
利用理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
利用時間	時 分 ~ 時 分			
コドモンの利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

※母子手帳をお持ちください。

【注】 定期の予防接種を受けていない場合は、お預かりできないことがあります。

※コドモンの利用をされていない方は、以下もご記入ください。

お迎え予定者 及び時間	氏名 () 児童との続柄 () 時間 (時 分 頃) ※お迎え時間は厳守してください。			
緊急連絡先	氏名 (続柄) 勤務先等 (電話番号)			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 登録時からの変更 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (症状)			
薬の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、与薬依頼書、薬剤情報提供書又はお薬手帳を添付してください。			
児童の状況	病 名		今朝の体温	℃ (平熱 ℃)
	現在の症状			
	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他	保育所・幼稚園・学校等を休んだ期間 年 月 日から (日間) 保育上、注意が必要なことがあれば記入してください。			