ら.ら.ら.保育園 病後児保育利用登録書

※受付　　年　　月　　日

住所		TEL　　－　　－		
登録児童	フリガナ 氏名	性別 男 女	生　年　月　日 平成　　年　　月　　日	
登録希望理由	1 就労　　2 就学　　3 職業訓練　　4 介護　　5 その他（　　）			

児童と同居している家族				
続柄	氏　名	生　年　月　日	勤務先・学校名等	
		昭 平　・　・		
		昭 平　・　・		
		昭 平　・　・		
		昭 平　・　・		
		昭 平　・　・		
		昭 平　・　・		

健康保険証	
種　類	1 社保　2 国保 3 共済　4 船員 5 その他 （　　）
被保険者氏名	
保険記号・番号	
事業所名	

身体の状況等
1 熱性けいれんを起こしたことがある　　2 ぜんそく　　3 アレルギー（原因物質：　　）
4 薬を飲んで具合が悪くなったことがある（薬の名前：　　）
5 その他身体等で気になること（　　）
6 かかりつけ医院等　（医院名：　　）

緊急連絡先		
1	の勤務先（いる所）　または　携帯電話	－　　－
2	の勤務先（いる所）　または　携帯電話	－　　－
3	の勤務先（いる所）　または　携帯電話	－　　－

病児病後児保育を利用したいので上記のとおり登録を申し込みます。また、登録児童の病児病後児保育を行う場合に限り、実施施設が申込書の内容を利用することに同意します。

平　成　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

備　　考