

有田町病後児保育事業登録申請書

年 月 日

有田町長 様

次のとおり病後児保育事業を利用したいので、有田町病後児保育事業実施要綱第10条第1項に基づき、登録申請をいたします。

なお、利用期間中は、貴施設の指示に従います。

				新規・更新		登録番号					
ふりがな						男・女		生年月日		平・令 年 月 日	
児童名								年 齢		歳 ヶ月	
保護者	父	ふりがな							お子さんの愛称		
		氏 名									
	母	ふりがな									
		氏 名									
	自宅住所 (郵便番号 -) (電話番号 - -)										
兄 弟		歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)			
緊急連絡先	続 柄		氏 名		※連絡がつく方をご記入ください。						
	①			携帯電話				施設までの所要時間			
		(勤務先)		勤務先電話				車で 分			
	②			携帯電話				施設までの所要時間			
		(勤務先)		勤務先電話				車で 分			
学校・保育所等の名称			小学校 園			学 年		年			
						クラス		年長 年中 年少 未満児			
かかりつけ医名			(電話番号 - -)								
既往症		これまでにかった主な病気 (※かったものに○をつけてください)。									
		1 突発性発心		2 RS ウイルス感染症		3 溶連菌感染症		4 アデノウイルス感染症			
		5 手足口病		6 ヘルパンギーナ		7 水ぼうそう		8 おたふくかぜ			
		9 気管支喘息		10 アトピー性皮膚炎		11 じんましん		12 熱性けいれん			
		13 川崎病		14 新型コロナウイルス		15 その他 ()		16 なし			
アレルギー		アレルギーについて該当するものに記入してください。									
		・薬品： なし ・ あり (薬品名) ・その他： なし・あり ・食物： なし ・ あり (食品名) ()									
その他		慢性疾患で現在治療中、あるいは経過観察中の病気、及びお子さんの性格など、特に配慮すべきことがあれば、具体的にお書きください。									

※添付書類：母子手帳の写し