

様式第1号(第7条関係)

年度 登録番号

受付日 年 月 日

病児・病後児保育事業 利用登録申込書

磐田市長 殿

住所 磐田市

申請者 氏名

電話 ( )

病児・病後児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

ふりがな 登録児童名	性別 男・女	生年月日	年 月 日生
		歳 (当該年度4月1日現在)	
通園・通学している保育所・学校等 施設の名称： 電話( )			
かかりつけの医療機関 病院・診療所名： 電話( ) 主治医名：			

既往歴	これまでにかかった大きな病気 (なし・あり)	ありの場合 → 病名 ( ) 入院歴 (なし・あり)
	熱性けいれん (なし・あり)	ありの場合 → 最終発作は ( ) 歳 ( ) か月 これまでの発作の回数 ( ) 回
	アレルギー (なし・あり)	ありの場合 → 食品名 ( ) アレルギーが出たときの対応 ( )
	その他の病気	

保護者などの緊急連絡先 (※確実に連絡ができるようにしておいてください)			
ふりがな 氏名	児童との 続柄	連絡先(自宅)及び 電話番号	緊急連絡先(勤務先等) 及び電話番号
第1連絡者		電話( )	勤務先名 電話( )
第2連絡者		電話( )	勤務先名 電話( )