

年度 登録番号

受付日 令和 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 電話 - -
第2連絡者		電話 - -	勤務先 電話 - -