

神崎郡病児病後児保育施設利用申請書

神河町長 様

保護者 住所 _____

氏名 _____

神崎郡病児病後児保育施設を利用するにあたり、下記の内容について同意し、関係書類を添えて申請します。

【同意事項】

- 1 症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断した場合に保護者の承諾なしに受診すること。
- 2 その治療に要した費用は保護者が負担すること。

ふりがな 児 童 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 箇月)
保 護 者 氏 名			電話番号	
緊急連絡先	氏名	続柄()	TEL	
病 名				
家庭で保育できない理由	勤務 ・ 冠婚葬祭 ・ 出産 ・ 病気 ・ その他 ()			
利用予定期間	年 月 日 () ~	年 月 日 ()	日間	
児童の健康状態及び注意事項				
<p>○食事制限の有無 ・あり ・なし 「あり」の場合は、以下に記入してください。</p> <p>○その他（体質、くせ又は発達の状況等、心配なこと、配慮してほしいこと）</p>				
お迎えに来る方について				
<p>予定時刻 時 分ごろ</p> <p>氏 名 続柄 () TEL</p>				
(実施施設記入欄)				
<p>神崎郡病児病後児保育施設の利用を 1 許可する 2 許可しない ()</p> <p>※不許可の場合は、理由を記入してください。</p>				