



病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

保護者 住所

氏名

電話番号

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-------------|-----|------------------|
| 利用児童 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 男・女 | 年 月 日 (歳 カ月) |
| 緊急連絡先 ※確実に連絡の 取れる番号をご 記入ください | 連絡先名① | 電話① | | |
| | 連絡先名② | 電話② | | |
| 利用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| 利用時間 | 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで | | | |
| 緊急時の診察 について | どちらかに○をしてください。 ・承諾します ・承諾しません | | | |
| 卒園年月 (おやとこ保育園 卒園児のみ) | 年 月 卒園 | | | |
| お迎え予定 ※身分証明書を お持ちください | 氏名 | (利用児童との続柄) | 時刻 | 午前・午後 時 分ごろ |