

病後児保育事業利用申請書

年 月 日

日立市長 様

保護者住所

保護者氏名

㊞

児童との続柄 ()

電話番号

病後児保育を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

児 童	(ふりがな)		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日 (満 歳)
			男・女	年 月 日 (満 歳)
			男・女	年 月 日 (満 歳)
	住 所			
	電 話 番 号			
利用日時	年 月			
	日 ()	: ~ :	日 ()	: ~ :
	日 ()	: ~ :	日 ()	: ~ :
	日 ()	: ~ :	日 ()	: ~ :
	日 ()	: ~ :		
申請理由	1 勤務の都合 2 その他 ()			
今回の病気でかかった病院	病院名 電話 ()			
児童の健康状態等	症状等			
緊急連絡先	父 親	自宅・勤務先		
	母 親	電話 ()		
食事制限等	食物アレルギー等の有無 ない・ある (牛乳・卵・その他)			