

芳賀町病後児保育利用申請書

芳賀町長 様

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

登 録 No.					
ふりがな 児 童 氏 名	男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)	通 園 施設名	
利用希望期間	年 月 日 から 月 日 まで (日間)				
家庭保育ができない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 出産 4 事故又は災害 5 その他()				
今回の病気について (いつからどんな状態でしたか)					
かかりつけ医療機関名	電話番号 ()				
緊急連絡先	氏名 児童との続柄 () 電話番号 ()				
送迎予定者	氏名 児童との続柄 () 電話番号 () ※同上の場合のご記入は不要です。 ※送迎予定時刻: 登園 (時 分) 降園 (時 分)				
誓約同意事項	<p>1 利用期間は連続7日間までです。7日間を超える場合は改めて申請して下さい。</p> <p>2 利用申請の場合は医師連絡票(別記様式第3号)が必要です。</p> <p>3 保育園の指示事項を守って利用して下さい。</p> <p>4 児童の状態が悪化した場合には、早急に迎えをお願いすることがあります。</p> <p>5 容態急変等緊急の場合には医療機関の診察を受けることに同意します。</p>				