

別記様式第1号（第7条関係）

芳賀町病児保育事業利用登録書

申請日： 年 月 日		※町受付日： 年 月 日	
ふりがな		男・女	生年月日
児童氏名			年 月 日 (歳 ヶ月)
お子様の愛称	保育所・幼稚園 認定こども園・小学校		
	電話番号		
保護者	住所		
	ふりがな	児童との続柄：	
	氏名	自宅電話 携帯電話	
登録している兄弟姉妹がいる場合	氏名	(歳 ヶ月)	男・女
	氏名	(歳 ヶ月)	男・女
緊急連絡先	氏名	続柄	勤務先等
			電話番号
			携帯番号
			勤務先等
加入保険	記号	番号	保険者番号
かかりつけの病院名	1		電話番号
	2		電話番号

お子様の状態についてお伺いします。当てはまるものに○をしてください。

出産時の様子	在胎 (週) (g)	分娩時の異常	ない・ある
先天性の疾患	ない・ある()		
乳児期の発育	首が座る(ヶ月) おすわり(ヶ月) 一人歩き(ヶ月) 人見知り(ヶ月) 親の後追い(ヶ月) 発語：意味のある言葉(歳 ヶ月) 栄養法：母乳 ミルク 混合 離乳食開始：前期(ヶ月) 中期(ヶ月) 後期(ヶ月)		
予防接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> その他()		

【裏面も記入してください】