

みかわこども園病児保育室利用申請書

年 月 日

申請者（保護者）

住 所

氏 名

Ⓜ

利用者との続柄

みかわこども園病児保育室 規定により、みかわこども園病児保育室を利用したいので、診療情報提供書を添えて申請します。

なお、この申請の審査に必要な範囲で、世帯員の住民登録、住民税課税情報等の調査を行うことに同意します。

利用 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
登 録 番 号			保 育 所 等 名		
第 子 ※兄弟姉妹の中で何番目のお子様かをご記入ください。					
利用する期間		年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)			
利用する理由		1 勤務の都合 2 その他 ( )			
引 取 者	氏名		続柄		引取時刻
主 治 医		電話番号			
緊 急 連 絡 先	順位	氏名	続柄	電話番号	
	第1				
	第2				
	第3				
同 意 事 項	1 病児保育の利用期間中は、みかわこども園、園医の指示に従います。 2 子どもの容態によりみかわこども園、園医の診察を受けることを承諾します。 3 子どもの容態が変化し、病児保育室での対応が困難になったとき又はは、みかわこども園、園医が利用を不相当と判断した時は、病児保育の利用中止に同意します。 4 子どもの容態の変化により緊急に連絡があった場合は、適切に対応します。				
	上記のことについて同意します。 氏名 Ⓜ				