赤穂市病児・病後児保育事業利用申請書

　　年　　月　　日

（実施施設の長）　　 様

申請者氏名（保護者）

住　　所

電話番号

登録№

　次のとおり、赤穂市病児・病後児保育事業を利用したいので、医師連絡票を添付して申請します。

※下記該当する事項に☑チェック、または必要事項を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 性　別 | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　日 |
| 児童の氏名 |  | 男 ・ 女 | 年　　齢 | 歳　　　　か月 |
| 利 用 理 由 | □勤務の都合　　□傷病　　　□事故　　　□出産　　　□冠婚葬祭□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利 用 期 間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日　（　　　日間） |
| 利 用 時 間 | 時　　　　　分　　～　　　　　　時　　　　　分 |
| お迎え予定者及び時間 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　児童との続柄（　　　　　）時間（　　　　　　時　　　　　　分　頃）**※お迎え時間は厳守してください。** |
| 緊急連絡先 | 氏名（　　　　　　　　続柄　　）勤務先等（　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　） |
| 昼食・おやつの持参 | 昼　食（　　□有　　・　　□無　　）　　おやつ（　　□有　　・　　□無　　） |
| アレルギー | 登録時からの変更　□無　・　□有（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬の有無 | □無　　□有　**※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。** |
| 児童の状況 | 病　名 |  | 今朝の体温 | ℃（平熱　　　℃） |
| 現在の症状□発熱　　　□発しん　　　□咳　　　　□鼻水　　　　□のどの痛み　　　□腹痛□下痢　　　□吐き気　　　□頭痛　　　□目やに　　　□食欲低下□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保育所・幼稚園・学校等を休んだ期間　　　　　年　　　月　　　日から（　　　日間） |
| その他 | 保育上、注意が必要なことがあれば記入してください。 |