

登録番号	
------	--

病後児保育事業利用者登録書

年 月 日

香芝市長 様

申請書 住所
氏名
電話 ()



病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録します。

ふりがな				男	生年 月日	年 月 日生 満 歳 か月
児童氏名				女		
通っている保育所等名称						
かかりつけ の病院名等	病院等名 主治医名	電話 ()				
児童の普段の健康状態		良好 ・ かかりやすい病気 ()				
これまでにかかった主な病気						
アレルギー 特になし ある(原因) 食事制限の必要 あり なし						
その他健康上の留意点						
保 護 者	氏 名	父			自 宅 電 話	
		母				
	勤 務 先 名 (緊急連絡先)	父			勤務先電話	
		母			勤務先電話	
加 入 医 療 保 険		記 号	番 号	保 険 者 名		保 険 者 番 号

現 症 連 絡 票

香芝市福祉事務所長 様

病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

児 童 氏 名		男・女	生 年 月 日	年 月 日生
住 所	香芝市		保 護 者 氏 名	
電 話	()			
病 名				
病 状 ・ 症 状				
現 在 の 投 薬 状 況				
食 事	普通食 配慮が必要 (内容)			
その他の連絡事項				

年 月 日

医療機関名

医 師 名