

病後児保育事業利用申請書

理事長	園長	主任

年 月 日

日立市長 様

保護者住所

保護者氏名

児童との続柄 ()

電話番号

印

病後児保育を利用したいので、下記の通り申請いたします。

記

児 童	氏名	性別	生年月日
		男 ・ 女	年 月 日 (満 歳)
		男 ・ 女	年 月 日 (満 歳)
		男 ・ 女	年 月 日 (満 歳)
住所			
電話番号			

利用日時	年 月	
	日 () : ~ :	日 () : ~ :
	日 () : ~ :	日 () : ~ :
	日 () : ~ :	日 () : ~ :

申請理由	勤務の都合 その他 ()
今回の病気で かかった病院	病院名
	電話
児童の健康状態	
緊急連絡先	自宅
	父・勤務先
	母・勤務先
食事制限等	食事アレルギーの有無 無・有 ▼ 有の場合、詳細をご記入ください。