

様式第 1 号

病 後 児 保 育 登 録 書

年 月 日

泉大津市長 様

保護者 住所 泉大津市

氏名

※以下の内容のとおり病後児保育利用にかかる登録をします。また、保育所申込書添付書類により、課税状況等の確認に同意します。

| | | | | | |
|---------|---------|-----------|---------|-----------|---------|
| 児 童 | ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| | 氏 名 | | 男・女 | . . | 歳 か月 |
| 現在の保育状況 | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | | 氏名 | | |
| | 連絡先 | | (自宅・携帯) | 連絡先 | (自宅・携帯) |
| | | | (自宅・携帯) | | |
| | 緊急連絡先 | (氏名) | (続柄) | (電話) | |
| 緊急連絡先 | (氏名) | (続柄) | (電話) | | |
| 家族構成 | 氏 名 | 生年月日 | 続柄 | 勤務先等 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 予防接種 | BCG | (済 ・ 未) | ポリオ | (済 ・ 未) | |
| | 三種混合 | (済 ・ 未) | 麻疹(はしか) | (済 ・ 未) | |
| | 水 痘 | (済 ・ 未) | 風 疹 | (済 ・ 未) | |
| | おたふくかぜ | (済 ・ 未) | 日本脳炎 | (済 ・ 未) | |
| | その他 (| | |) | |
| かかった病気 | 麻疹(はしか) | 歳 | 突発性発疹 | 歳 | |
| | 風 疹 | 歳 | おたふくかぜ | 歳 | |
| | 水 痘 | 歳 | 百日咳 | 歳 | |
| | 手足口病 | 年 月 | その他 (|) | |
| 備考 | | | | | |