

様式第2号

## 病児・病後児保育利用申込書

年　月　日

泉大津市長様

(保護者) 住所 泉大津市

氏名

電話(自宅)

連絡先(職場電話)

泉大津市病児保育事業実施要綱第10条の規定に基づき、病児・病後児保育の利用を  
申し込みます。

児童名	(ふりがな) (男・女)	愛称	年　月　日生 (満　歳)
在籍園所・学校名	歳クラス		
緊急連絡先	氏名 続柄( )	電話 携帯	
	氏名 続柄( )	電話 携帯	
保険証の種類	(種類)	(記号)	(番号)
かかりつけ医療機関	(所在地) (名称) (主治医名) (電話)		
体質・既往歴など	・アレルギーの有無( ) ・喘息の有無(使用薬剤: ) ・てんかん、痙攣の有無(最終発作時: ) ・脱臼の有無(部位: ) ・上記以外の疾患( )		
その他	(保育にあたり、食事、排泄、睡眠、癡など配慮して欲しいことがあれば記載してください)		