

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)	愛称	年 月 日生 (満 歳)
	(男・女)		
在籍保育所名 (保育園名)			歳クラス
緊急連絡先	氏名	電話	
	続柄 ()	携帯	
	氏名	電話	
	続柄 ()	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、癖など配慮して欲しいことがあれば記載してください)		