様式第1号(第7条関係)

病児保育事業利用登録申請書(兼児童台帳)

（　　　　　　　）町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **登録番号** | No． | | |
| **保護者住所** |  | | |
| **保護者氏名** |  | | |
| **自宅電話番号** | －　　　　－ | **携帯電話番号** | －　　　　－ |

　病児保育事業の利用登録を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** | |  | | 男・女 | * 年　　　月　　　日生   (満　　　　歳) | |
| **児童氏名** | |  | |
| **児童の状況** | | 1. (　　　　　　　　　　　)保育所(園)　②その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| * 確実に連絡がとれる保護者の方を記入してください。 | | | | | | |
| **家族の状況及び**  **緊急連絡先** | (ふりがな)  氏名 | | 児童との続柄 | 緊急連絡先(勤務先等)及び電話番号 | | 連絡  優先順 |
| (　　　　　　　　　) | | 父 | 勤務先名称：  勤務先所在地：〔　　　　　　　　　　　〕市・町  電話番号: | |  |
| 携帯等： | |  |
| (　　　　　　　　　) | | 母 | 勤務先名称：  勤務先所在地：〔　　　　　　　　　　　〕市・町  電話番号： | |  |
| 携帯等： | |  |
| (　　　　　　　　　) | |  | 勤務先名称：  電話番号： | |  |
| 携帯等： | |  |
| (　　　　　　　　　) | |  | 勤務先名称：  電話番号： | |  |
| 携帯等： | |  |
| **かかりつけの医療機関** | 病院・医院 | | | | 病院・医院 | |
| 科 | | | | 科 | |
| TEL： | | | | TEL： | |
| **既往症等**  ※〇をつけてください | １．熱性けいれん（回数：　　回）⇒　最後は…Ｈ・Ｒ 　　年　　　月　　　日　座薬指示（ 有 ・ 無 ）  ２．てんかん  ３．インフルエンザ（Ｈ・Ｒ　　　年　　　月）  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **アレルギー** | なし ・ あり（　食物　・　薬　・　じんましん　・　その他　）  ※ありの場合は内容を具体的に  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

1. **病児保育ルーム コスモスに提出してください。**
2. **年度が替わったら再提出が必要です。**