

病児・病後児保育利用者登録申請書

年 月 日

(宛先)
吉川市長

住所

申請者（保護者）氏名

電話

病児・病後児保育の利用登録を受けたいので、吉川市病児・病後児保育事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この登録書の写しを実施施設へ送ること及び実施施設から利用状況（利用年月日・病名）の報告を受けることに私は同意します。

ふりがな 児童氏名	生年月日	年 月 日生 (歳 月)
	居住地	市内 ・ 市外
通所(学)施設名	() 保育所(園) ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 在宅 電話 — —	
かかりつけ医名	電話 — —	
アレルギー等	アレルギーや医師から食事制限の指示を受けている食品があれば、具体的にお書きください。	
病歴	これまでにかかった主な病気があれば、具体的にお書きください。	
その他	上記以外に心配なことや配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	