

## 病児・病後児保育利用者登録申請書

令和3年6月5日

(宛先)  
吉川市長

住所 吉川市きよみ野1-1

申請者(保護者)氏名 吉川 一郎

電話 048-981-5111

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	よしかわ みなみ 吉川 みなみ	生年月日	令和2年3月4日生 (1歳3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 048-XXX-XXXX
かかりつけ医名	●●●クリニック	電話	048-XXX-XXXX
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。 卵・牛乳アレルギー		
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。 特になし		
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。 アトピー性皮膚炎なので、寝ている間などに手足をかくことがある。 やや落ち着きがないところがあり、びっくりするとパニックになることがあるので 配慮してほしい。 ※安全にお預かりするために必要な項目ですので、日頃気になることや心配なことがあれば 必ずご記入ください。		