

第3号様式（第8条関係）

開成町病児保育事業利用申請書

開成町長 様

| | |
|----------------|-------|
| 申請日（利用日） | 年 月 日 |
| 住 所 | |
| 申請者氏名 （保護者） | |

病児保育事業を利用したいので、利用の申請をします。また、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

| | | | | | |
|---------------------|--------|----|------|----------|--|
| 児童 | (フリガナ) | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 年齢 歳 | |
| 緊急連絡先 (勤務先・携帯電話) | | 名称 | 電話番号 | | |
| | | 名称 | 電話番号 | | |
| | | 名称 | 電話番号 | | |

| | | | | |
|------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|--|
| 利用事由 (保護者の状況) | 就 労 ・ 出 産) ・ 病 気 等 ・ 介 護 ・ そ の 他 (| | | |
| お迎え 予定時間 | 午前 時 分頃 午後 | お迎えに 来る人 | 父・母・その他 () | |

| | | | |
|-------------------|-------|------|------|
| 主 治 医 (かかりつけ医) | 医療機関名 | 担当医師 | 電話番号 |
| | | | |

| | |
|--------------|--|
| 入室までの 経 過 | |
|--------------|--|

※初日の利用の方は発症から、2日目以降の方は昨夜からの様子を記入してください。

| | |
|---------|-----------|
| 食物アレルギー | 有 () ・ 無 |
|---------|-----------|

| | |
|------------------|--------------|
| お 薬 (処方薬に限る。) | 依頼する ・ 依頼しない |
|------------------|--------------|

※処方薬に関する情報提供書類をお持ちの方は添付してください。