

記入日： 年 月 日

病児保育事業実施施設長 様

病児等保育利用登録書

*登録は、児童ごと・利用施設ごとに提出してください。
*記載内容に変更があった場合は、申し出てください。

病児等保育事業の利用登録を申請します。【利用希望施設名 三国病院 病児・病後児施設】

保護者	住 所	坂井市		
	氏 名			
利用児童	ふりがな		第 子	性 別
	氏 名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
	児童の愛称		通園・通学先	
	かかりつけ医			
利用児童を除く家庭の状況	氏 名	続 柄	携帯電話番号	勤務先または通園・通学先
		父		
		母		
その他の連絡先 ※父母の携帯以外を 少なくとも1件 ご記入ください	氏 名：	お子さんとの関係：祖父母・保護者勤務先・その他（ ）		
	電話番号：			
	氏 名：	お子さんとの関係：祖父母・保護者勤務先・その他（ ）		
	電話番号：			