

第3号様式（第8条関係）

中井町病児保育事業利用申請書

中井町長様

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。