

病後児保育事業利用申請書

平成 年 月 日

水戸市長 様

保護者住所

保護者氏名

印

児童との続柄 ( )

電話番号

病後児保育を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

児 童	(ふりがな) 氏 名		性 別	生 年 月 日
			男・女	年 月 日 (満 歳)
			男・女	年 月 日 (満 歳)
			男・女	年 月 日 (満 歳)
	住 所 電話番号			
利用日時	年 月			
	日 ( ) : ~ :		日 ( ) : ~ :	
	日 ( ) : ~ :		日 ( ) : ~ :	
	日 ( ) : ~ :		日 ( ) : ~ :	
申請理由	1 勤務の都合 2 その他 ( )			
今回の病気でかかった病院	病院名 電話 ( )			
児童の健康状態	症状等			
緊急連絡先	父親 母親	自宅・勤務先 電話 ( )		
食事制限等	食物アレルギー等の有無 ない・ある (牛乳・卵・その他 )			