病後児保育利用申込書

20　　年　　月　　日

申請者	氏名	印	続柄	
	住所	〒		
	電話番号			
ふりがな 児童氏名		生年月日	平成　年　月　日生	
		年齢	歳　ヶ月	
利用時間	年　月　日　時　分～　時　分			
食事利用の有無	午前おやつ　・　昼食　・　午後おやつ　（○をつけて下さい）			
本日の緊急連絡先	1　氏名	続柄		電話番号
	2　氏名	続柄		電話番号
お迎え	お迎えに来られる方　：　母親・父親・その他（氏名　続柄			
現在の状況	体温：　度	症状：		
投薬の有無	あり　・　なし			
周囲で流行している感染症はありますか？		あり　・　なし	（　）	
特記事項				

1、利用日当日に 甘利医院わだ の医師の診察を受け、情報提供書を添付して申し込みをしてください。
2、薬の投薬がある場合は、『投薬依頼書』を提出してください。
3、児童の状態が変化した場合は病後児保育の利用ができなくなる場合があります。