

年 月 日

病後児保育利用申請書

春日井市長 様

保護者 住所 〒 ー
春日井市氏名
Tel () ー 印

病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな 児童名		性別	男 ・ 女	生年月日 年齢	年 月 日 歳 か月
所 属	() 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ その他				
利用理由	1 就労のため家庭で保育できない 2 その他 ()				
希望保育 時 間	午前 時 分 ～ 午後 時 分				
希望利用 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日				
送迎者	送り	父 ・ 母 ・ その他 ()		迎え	父 ・ 母 ・ その他 ()
緊急 連絡先	① 父 ・ 母 ・ その他 () の 勤務先 ・ 携帯 ・ その他 ()				
	② 父 ・ 母 ・ その他 () の 勤務先 ・ 携帯 ・ その他 ()				
	登録申請書に記入した勤務先、携帯電話番号等に変更がある場合は、 新しい連絡先を記入してください。				
現在、アレルギー がありますか。 はい ・ いいえ	食べ物アレルギー (除去品目)				
	薬物アレルギー (薬品名)				
	その他アレルギー ()				
医師の 所 見					
	病院名 印				

※ 太枠の中は記入しないでください