

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

みやま市長 様

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので、みやま市病児・病後児保育事業実施要綱第9第1項の規定に基づき、登録申請をいたします。

なお、利用期間中は、施設の長の指示に従います。

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	登録番号
児童名			年 齢	____歳____月	
保 護 者	父：氏名			お子さんの愛称	
	母：氏名				
	自宅住所 (郵便番号 -)			自宅電話 - -	
きょうだい	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
緊 急 連 絡 先	父	1 (電話	勤務先名	おひさまルームまでの所要時間 車で 分)	
		2 (携帯電話)	
	母	1 (電話	勤務先名	おひさまルームまでの所要時間 車で 分)	
		2 (携帯電話)	
学 校 保 育 所	等 の 名 称	小学校 幼稚園 保育園 認定こども園			
かかりつけ医名	電話 - -				
予 防 接 種	三 種 混 合	受けた (1期 1回 2回 3回 1期追加)・受けていない			
	B C G	受けた・受けていない	ポ リ オ	受けた (1回・2回)・受けていない	
	は し か	受けた・受けていない	風 疹	受けた・受けていない	
	水 ぼ う そ う	受けた・受けていない	お た ふ く か ぜ	受けた・受けていない	
これまでにかかった主な感染症と病気 ※かかったものに○をつけて下さい					
1 突発性発疹	2 はしか	3 風疹	4 水ぼうそう		
5 おたふくかぜ	6 手足口病	7 りんご病	8 百日咳		
9 咽頭結膜炎	10 ヘルパンギーナ	11 熱性けいれん	12 じんましん	13 結核	
14 喘息	15 アトピー性皮膚炎	16 とびひ	17 その他 ()		
そ の 他	体質 (アレルギー等) 慢性疾患で現在治療中、あるいは経過観察中の病気、及びくせなどがありましたら具体的にお書き下さい。				

