

第1号様式（第10条関係）

旭市病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

旭市長

保護者 住 所
氏 名

旭市病児保育事業を利用したいので、旭市病児保育事業実施要綱第10条第1項の規定により下記のとおり登録を申請します。

記

ふりがな 児 童 氏 名	性別（男・女） 年 月 日生（ 歳 月）		
住 所	電話番号	（ ）	
愛 称	在 籍 所 保 育 所	保育所	
かかりつけ医師名			
第1連絡者	氏 名：（ 歳） 住 所： 携帯電話： 続 柄：	【勤務先】 名 称： 所在地： 電 話：	
第2連絡者	氏 名：（ 歳） 住 所： 携帯電話： 続 柄：	【勤務先】 名 称： 所在地： 電 話：	
※ 済ませた予防接種に○、かかった病気に赤○をしてください。 BCG・五種混合・日本脳炎・MR・おたふくかぜ・水痘・溶連菌感染症・手足口病・ヘルパンギーナ・インフルエンザ・その他（ ） ※ 基礎疾患があれば○をしてください。 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・じんましん（ ）・心臓病・肝臓病・腎臓病・けいれん・その他（ ） ※ 熱性けいれん なし・あり（今まで 回・最後 年 月 日） ※ 食物アレルギー なし・あり（内容 制限あり・なし） ※ 嫌いな食べ物 ※ その他			

登録受付

年 月 日

受付番号

番