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  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