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