

韮崎市病児・病後児保育所利用申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 韮崎市長

申込者 住所
氏名 氏名 ㊞

韮崎市病児・病後児保育所を(1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他〔 〕)のため利用したいので、下記の内容について同意し申し込みます。

記

- 1、症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したとき、保護者の承諾なしに受診することに同意いたします。
- 2、その治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。

緊急連絡先

氏名	続柄 ()	氏名	続柄 ()
勤務先等	()	勤務先等	()
携帯電話	()	携帯電話	()

本日お迎えに来る方について
氏名 () 続柄 ()
お迎えの予定時刻(時 分頃) お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名			(年齢)	(歳 か月)

今回の病名

実施施設での昼食提供の有無	有 ・ 無	実施施設でのおやつ提供の有無	有 ・ 無
	※ 有の場合、実費負担あり		※ 有の場合、実費負担あり

明日の利用について
(1 利用を希望する ・ 2 利用を希望しない)
※利用を予定している方は、予約状況をご確認ください。

備考

※
保育所
記入欄

※印には記入をしないでください。