

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

糸魚川市長 様

保護者 住 所
氏 名
電話番号

糸魚川市病児・病後児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。

利用 児 童	フリガナ		性別	生年月日	
	氏 名		男・女	年 月 日(歳 か月)	
	園名等	保育園・幼稚園・小学校 / 自宅			
緊急連絡先		連絡先名①		電話①	
<small>※確実に連絡がとれる番号をご記入ください。</small>		連絡先名②		電話②	
利用期間		年 月 日 から 年 月 日まで			
利用時間		午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで			
緊急時の診察等について		どちらかに○をしてください。 ・承諾します ・承諾いたしません			
お迎え予定 <small>※身分証明証をお持ちください。</small>		氏名	(利用児童との続柄)		時刻 午前・午後 時 分頃

※以下、実施施設記入欄

実際に利用した期間								送迎利用
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止
月 日	()	午前・午後	時 分	から	午前・午後	時 分	まで	無・有・中止