

※太枠の部分を記入してください。

記入例

国見町病後児保育登録（変更）申請書

令和〇年〇月〇日

国見町長

申請者住所 国見町大字〇〇字▲▲▲▲ 番地
(保護者)

氏名 国見 一郎

電話番号 〇〇〇-▲▲▲-□□□□

病後児保育の利用について、下記の同意事項を承諾して次のとおり登録します。

ふりがな	くにみ たろう		生年月日	血液型		
児童氏名	国見 太郎	男 女	〇・R〇〇年〇月〇日 (3歳)	A型 (Rh+)		
住所	(郵便番号969-◇◇◇◇) 国見町大字〇〇字▲▲▲▲ 番地 電話〇〇〇-▲▲▲-□□□□					
在籍園名	〇〇〇幼稚園 電話〇〇〇-▽▽▽-□□□□					
保護者 緊急連絡先	① 氏名 国見 一郎	続柄 父	携帯電話番号	〇〇-▽▽▽-□□□□		
	勤務先 株式会社 ■■■■		勤務先電話番号	〇〇-▲▲▲-□□□□		
	② 氏名 国見 花子	続柄 母	携帯電話番号	〇〇-●●●-□□□□		
	勤務先 有限会社 □□□□		勤務先電話番号	〇〇-▲▲▲-□□□□		
かかりつけ医名	医療機関名、医師名等 〇〇病院 小児科 医師 □□□□ 電話 〇〇〇-▲▲▲-□□□□					
予防接種	B型肝炎	未	・済 (3回中1回)			
	ロタウイルス	未	・済 (1価2回中1回 または 5価3回中 回)			
	ヒブ	未	・済 (4回中1回)	肺炎球菌	未	・済 (4回中1回)
	四種混合	未	・済 (4回中1回)	BCG	未	・済 (1回)
	MR	未	・済 (2回中1回)	水ぼうそう	未	・済 (2回中1回)
	おたふくかぜ	未	・済 (2回中1回)	日本脳炎	未	・済 (3回中1回)
	既往歴	・突発性発疹 ・水ぼうそう ・はしか ・風疹 ・おたふくかぜ ・手足口病 ・熱性けいれん ・ぜん息 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ()				
常時服用している薬	なし ・ あり (薬品名)					
アレルギー等食事制限	なし ・ あり (原因物質、食品名 卵)					
その他	体質、くせ等配慮してほしいこと					
同意事項	1 利用中は町及び実施施設職員の指示を守ること。 2 病後児保育事業実施施設は、細心の注意を払って病後児保育事業を実施するが、病後児保育室内で児童同士の感染が起こった場合は、当該病後児保育事業実施施設は責任を負わないこと。 3 児童の症状が急激に悪化した場合には、保護者が引き取ること。 4 緊急時には、保護者の同意を得なくても、医療機関での受診、治療、処置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担するものとする。 5 利用申込みにおいて知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において、病後児保育事業実施施設に提供されること。					