

病後児保育利用登録書

年 月 日

沼田市長

様

申請者 住所 _____ 町 _____ 番地 _____

氏名 _____ ⑩

TEL _____

病後児保育の利用のため、次のとおり登録します。

児童氏名				性別	男 ・ 女
保育園名 幼稚園名	保育園 幼稚園	生年月日	年 月 日生		
主治医名			健康保険	種類	記号番号
児童の平常の健康状態	良好 かかりやすい病気 ()				
これまでにかかった主な病気					
アレルギー ある (原因物質 _____) ・ 特になし 食事制限の必要 あり ・ なし					
家族 の 状 況	氏 名	続柄	職業・学校等	緊急連絡先・電話番号	
		父			
		母			
父 親 の 状 況			母 親 の 状 況		
勤務先名称			勤務先名称		
勤務時間 時 分 ~ 時 分			勤務時間 時 分 ~ 時 分		
仕事以外の理由で利用する場合 疾病による入院・治療 疾病名 入院先 その他の理由			仕事以外の理由で利用する場合 疾病による入院・治療 疾病名 入院先 出産 年 月 日出産予定 その他の理由		