

ありさわくらす 病児保育事業利用登録申請

申請年月日 20 年 月 日

企業主導型保育園 ありさわくらす園長 宛

申請者 住所 〒

氏名

病児保育の利用について、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|--|--------------------|-----|------|-------------------|--------|
| ふりがな 児童氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 20 年 月 日 | おさんの愛称 |
| 通園 通学先 | (保育園・幼稚園・こども園・小学校) | | | | |
| 登録申請は意思表示がない時は延長される (次年度以降、初回利用時に職員が内容を確認) | | | | | |

| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 連絡先 TEL |
|------|--------|----|------|----|---------|
| 保護者名 | (ふりがな) | | | | |
| | (ふりがな) | | | | |

| | | |
|-------|----|--|
| 予防接種歴 | 定期 | <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 麻疹風疹 (MR) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 日本脳炎 |
| | 任意 | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 |

ありさわくらす使用欄：職員記入

| 内容確認年度 | 確認日 | 確認者 | 内容確認年度 | 確認日 | 確認者 |
|----------|-----|-----|----------|-----|-----|
| 20 年度 | | | 20 年度 | | |
| 20 年度 | | | 20 年度 | | |
| 20 年度 | | | 20 年度 | | |