

池田市病児・病後児保育施設利用申込書

池田市長様

申込日 年 月 日

申込者(保護者)

住所	(〒 -)
氏名	
電話番号	(自宅) (携帯)

次のとおり、池田市病児・病後児保育施設を利用したいので、診療情報提供書を添付して申し込みます。
 なお、利用期間中は、池田市立病児・病後児保育施設の指示に従います。

※下記の該当する事項の□にチェックをお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
児童の氏名		男・女	年 齢	歳 か月
通園・通学施設等 について	<input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、学校等に通園(通学)している。(施設名:) <input type="checkbox"/> 通園(通学)していない。			
利用理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他()			
利用時間	時 分 ~ 時 分	お迎え予定者 (続柄)		
利用予定期間	申請時点	年 月 日~	年 月 日(日間)	
保育上、注意が必要なことがあれば記入してください。				

お預かりできる薬は、今回の診療情報提供書に記入の薬に限ります。薬の説明書(処方箋等)をお持ちください。