

病児・病後児保育事業事前登録申請書

登録番号 ()

(あて先) 八 代 市 長

平成 年 月 日

下記のとおり病児・病後児保育事業の登録を申請します。

住 所 八代市

保護者氏名

電話番号 () -

ふりがな 児 童 氏 名	愛称 ()								
生 年 月 日	平成 年 月 日生 才								
血 液 型	血液型 (RH)								
かかりつけの 病 院 名	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">①小児科 Tel</td> <td style="width: 50%;">⑤皮膚科 Tel</td> </tr> <tr> <td>②外 科 Tel</td> <td>⑥耳鼻科 Tel</td> </tr> <tr> <td>③眼 科 Tel</td> <td>⑦整形外科 Tel</td> </tr> <tr> <td>④内 科 Tel</td> <td>⑧その他 Tel</td> </tr> </table>	①小児科 Tel	⑤皮膚科 Tel	②外 科 Tel	⑥耳鼻科 Tel	③眼 科 Tel	⑦整形外科 Tel	④内 科 Tel	⑧その他 Tel
①小児科 Tel	⑤皮膚科 Tel								
②外 科 Tel	⑥耳鼻科 Tel								
③眼 科 Tel	⑦整形外科 Tel								
④内 科 Tel	⑧その他 Tel								
就 園 先	保育園・幼稚園・小学校・自 宅 (年生)								
生 活 保 護	1. ある 2. ない								
備 考 欄	①どちらかに○をつけてください。 新規登録 (児童票の記入をお願いします) 登録更新 (前年度登録後1年間で罹患した病名:) ②緊急連絡先 父 母 祖父母 その他 () 電話番号 ()								

区分 (料金) 【 】