

草津市病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

草 津 市 長 様

保護者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり病児・病後児保育を利用したいので、草津市病児・病後児保育の実施に関する規則第8条の規定により申し込みます。

なお、利用期間中は実施施設の長の指示に従い、また、児童の体調の変化により病児・病後児保育が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施されることに同意します。

ふりがな				年 齡	保育園（所）名 小学校名
児童名					
生年月日	年 月 日生(男・女)			歳	
保護者等氏名 (児童は除く)	続柄	勤務先	緊急連絡先		
希望利用期間	月 日 ~	月 日			
現在の児童の状態について（医師に確認のうえ御記入ください。）					
病 名					
主 な 症 状	該当するものに○印、【その他】の人は症状を具体的に御記入ください。 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 発疹 その他 ()				
備考					

月 日 () : ~ :

月 日 () : ~ :

月 日 () : ~ :

月 日 () : ~ :

月 日 () : ~ :