

年 月 日

病児・病後児保育利用申込書

桜花クリニック院長 殿

(保護者) 住所
氏名

病児・病後児保育室を利用したいので、次のとおり申込みます。

利 用 児 童	氏名	(フリガナ) ()	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (歳) (歳 ヶ月)	
	通園等の 状 況	<input type="checkbox"/> 保育所等を利用 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 小学校に通学			(施設名)	
	利用事由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	利用期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				
	利用時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分				
	病 名					
	送 迎 者	氏名 (続柄)				

・この利用申込書は、病児・病後児保育利用連絡書と一緒に提出してください。

緊急連絡先

	保護者氏名等	続柄	緊 急 連 絡 先
保 護 者			勤務先
	携帯電話 ()		電話 ()
			勤務先
	携帯電話 ()		電話 ()