

# 病後児保育利用申請書兼承認書(外部用)

平成 年 月

申請保護者 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり病後児保育の利用を申し込みます

児童名	年齢	歳	ヶ月
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話	連絡先	
	氏名 (続柄) 電話	連絡先	
	氏名 (続柄) 電話	連絡先	
利用する日時	月 日 ( ) : ~ :		
	月 日 ( ) : ~ :		
かかりつけ医療機関名			
病名			
投薬について	なし ・ 食前 ・ 食後	申請時体温	°C
食事制限	なし ・ あり ( )		
児童の健康状態			

平成 年 月 日

上記の申請内容を確認し、病後児保育を承認いたします。

社会福祉法人つつみ会阿見きらり保育園 園長 市村 純代 (印)