

病後児保育利用申請書兼承認書(外部用)

令和 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 | | | |

令和 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つくばきらり保育園 園長 染野 弘子 (印)