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	℃
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　花沢　紀子　　㊞