

※登録番号

様式第6号（第6条関係）

庄原市病児病後児保育利用申請書

(利用初日、施設へ提出)

年 月 日

庄原市長様

申請者

住所 庄原市 町

ふりがな
保護者氏名

緊急時連絡先

病児病後児保育の利用について、次のとおり申請します。

児童氏名	ふりがな		性別	男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)	在籍施設名		
利用期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			
主な症状	発熱 下痢 嘔吐 咳 発疹 その他 ()			
配慮事項				
家庭で育児ができない理由	1.勤務 2.病気等 3.出産 4.冠婚葬祭 5.その他 ()			

主な送迎者	送り (朝)	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	入室予定時間 時 分
		氏名	
	迎え (夕)	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	退室予定時間 時 分
		氏名	