

様式第2号（第7条関係）

病児保育事業利用申込書

年 月 日

県北西部地域医療センター国保白鳥病院 院長 様

(申込者)住所

(ふりがな)

保護者氏名

電話番号 _____

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 対象児氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳児)
保育所又は 小学校名		利用料区分		生活保護受給 該当・非該当
利用日	年 月 日から		年 月 日まで	
緊急時の 連絡先	氏名 続柄 (勤務先	携帯電話 電話 電話	- - -	- -)

●今回の病気について

・病名 (分かっている場合のみご記入ください)

・症状 (簡単にご記入ください)

・今朝の体温 _____ °C

・薬を飲んだ時間 _____ 時 分

[薬の飲ませ方: _____]

・下痢 _____ ある ・ なし

・咳 _____ ある ・ なし

・嘔吐(むかつき) _____ ある ・ なし

・座薬等を使った時間 _____ 時 分 [座薬を使用(する・しない)]

・機嫌 _____ 良好・普通・不良

・睡眠時間 _____ 時 分 ~ _____ 時 分

●今回の保育について注意してほしいこと

お迎え時間 _____ 時 分

※ お迎え時間が30分以上前後される場合は、必ず連絡してください。

白鳥病院 0575-82-3131 内線 3797 病児保育室