

病後児保育事業利用申請書

登録No.

年 月 日

実施施設 様

住所

氏名

電話

次のとおり肝付町病後児保育事業の利用を申請します。利用期間中は実施施設の判断により体調の変化があった場合、病後児保育を中断あるいは中止し、必要に応じて医療機関において、医療を施すことについて了承します。

なお、本事業を円滑に実施するため、肝付町病後児保育事業実施要綱第10条2項の求めがあった場合は、肝付町へ以下の情報を開示することについて承諾します。

ふりがな			
児童名	(男・女)	生年月日	年 月 日
就学前施設・小学校名			
緊急連絡先	氏名 (続柄)	連絡先	
	氏名 (続柄)	連絡先	
希望期間・時間			
病気の経過等	1.発熱 (°C) 2.下痢 3.嘔吐 4.せき 5.鼻水 6.発疹 7.湿疹 8.その他 () ・薬の服用 なし ・ あり 薬名 ()		

病後児保育医師連絡票

病名	
安静度 (該当に○)	1.隔離 (要 ・ 不要) 2.安静度 (1.ベットでの生活、他児との静かな遊びは良い) (2.他児と室内で普通に遊んで良い) 3.その他
指示事項	
年 月 日	
医療機関 所在地 電話 医師名	

※医療機関での受診および病後児保育利用時には、母子手帳をご持参ください。