

様式第3号(第10条関係)

那珂川市病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

申込者 住 所  
氏 名  
電話番号 ー

那珂川市病児・病後児保育事業を利用したいため、下記により申し込みます。  
なお、利用期間中は実施施設の指示に従い、また体調の変化により病児・病後児保育を中止し、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。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年	月	日生
			年 齢	歳	月	
園または学校の 名称						
希望期間	月 日 ( ) から		月 日 ( ) まで			
昨日から今朝ま での症状(該当 するものに○)	1 発熱( 度)	2 下痢	3 嘔吐	4 せき		
	5 鼻水	6 発疹	7 湿疹			
	8 その他( )					
投薬の有無	1 無		2 有		(薬名 )	
緊急 連絡 先	氏名	続柄	電話番号	連絡先区分		
				自宅・携帯・ 勤務先等( )		
				自宅・携帯・ 勤務先等( )		

\*医療機関での診断および病児・病後児保育利用時には、母子健康手帳等をご持参ください。