

年 月 日

益田市長 様

(保護者) 住 所
氏 名
連絡先

印

病後児保育利用申込書

病後児保育を利用したいので、担当医師の情報提供書を添えて、次のとおり申し込みます。

児 童	(ふりがな) 氏 名		(男 ・ 女)
	生年月日	平成 年 月 日生	(満 才)
	利用希望期間	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日
	保育所・幼稚園名、学校名		
保 護 者	父	氏 名	
		勤務先	
		緊急時連絡先	
	母	氏 名	
		勤務先	
		緊急時連絡先	
児童を看護 できない理由	①勤務の都合 ④介護 ②出産 ⑤災害 ③疾病 ⑥その他 ()		
そ の 他	お迎えに来る人の氏名		
	お迎え時間	午前・午後 時 分頃	

同意書

実施施設長 様

(保護者) 氏名

印

貴施設に預けている_____ (児童氏名) の病状に変化があったときの措置として、私及び私の代理人がお迎えに来ることができない場合には、かかりつけ医への往診依頼を貴施設よりされること、また、往診が不可能である場合には貴施設の嘱託医等で受診することに同意します。