

施設長殿

あいわ保育園病後児保育事業登録申請書

病後児保育事業の登録について、次のとおり申請いたします。

お子様のお名前		愛称	生年月日	性別
ふりがな			平成 年 月 日	男
			(歳 ヶ月)	女
住 所				
利用区別	<input type="checkbox"/> 結城市在住 <input type="checkbox"/> 結城市在勤 (小山市在住以外) <input type="checkbox"/> 小山市在住			
通園通学施設	施設名	かかりつけ医	医療機関名	

◎ 緊急連絡先を①～③まで必ずご記入ください。*必ず申請者の方を含めてください。

①	氏名		続柄	携帯電話	
	勤務先	勤務先名	所在地	電話	()
②	氏名		続柄	携帯電話	
	勤務先	勤務先名	所在地	電話	()
③	氏名		続柄	携帯電話	
	勤務先	勤務先名	所在地	電話	()

◎ アレルギーについてご記入ください。

<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <small>禁食があればご記入ください</small>

◎ 予防接種について、接種済のものには☑してください。

<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

◎ 今までにかかったことのある病気に☑してください。

<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> RSウィルス <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回 年 月 日) (最終 年 月 日) 合計 _____ 回

◎ 嗜好、興味、落ち着かせ方などをご記入ください

好きな遊び	
これをすると落ち着きます	
その他、知らせておきたいことがあればご記入ください	