

記入日： 年 月 日

病児保育事業実施施設長 様

病児等保育利用登録書

*登録は、児童ごと・利用施設ごとに提出してください。
*記載内容に変更があった場合は、申し出てください。

病児等保育事業の利用登録を申請します。【利用希望施設名

保護者	住 所	坂井市			
	氏 名				
利用児童	ふりがな		第 子	性 別	
	氏 名			☐ 男 ☐ 女	
	生 年 月 日	☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日			
	児童の愛称		通園・通学先		
	かかりつけ医				
利用児童を除く家庭の状況	氏 名	続 柄	携帯電話番号	勤務先または通園・通学先	
		父			
		母			
その他の連絡先 ※父母の携帯以外を 少なくとも1件 ご記入ください		氏 名： お子さんとの関係：祖父母・保護者勤務先・その他（ ） 電話番号：			
		氏 名： お子さんとの関係：祖父母・保護者勤務先・その他（ ） 電話番号：			