

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

みやま市長 様

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので、みやま市病児・病後児保育事業実施要綱第9第1項の規定に基づき、登録申請をいたします。

なお、利用期間中は、施設の長の指示に従います。

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	登録番号
児童名			年 齢	____歳____月	
保 護 者	父：氏名			お子さんの愛称	
	母：氏名				
	自宅住所 (郵便番号 _____)			自宅電話 _____	
きょうだい	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
緊 急 連 絡 先	父	1 (電話 _____ 勤務先名 _____ おひさまルームまでの所要時間 車で _____ 分)			
		2 (携帯電話 _____)			
	母	1 (電話 _____ 勤務先名 _____ おひさまルームまでの所要時間 車で _____ 分)			
		2 (携帯電話 _____)			
学 校 保 育 所	等 の 名 称	小学校 幼稚園 保育園 認定こども園			
か かり つ け 医 名	電話 _____				
予 防 接 種	四 種 混 合	受けた (1期 1回 2回 3回 1期追加)・受けていない			
	日 本 脳 炎	受けた (1期 1回 2回 1期追加)・受けていない			
	B C G	受けた・受けていない	MR (麻疹風疹)	受けた・受けていない	
	は し か	受けた・受けていない	インフルエンザ菌b型	受けた・受けていない	
	水 ぼう そう	受けた・受けていない	小児肺炎球菌	受けた・受けていない	
	B 型 肝 炎	受けた・受けていない	ロタウイルス	受けた・受けていない	
これまでにかかった主な感染症と病気 ※かかったものに○をつけて下さい 1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 熱性けいれん 12 じんましん 13 結核 14 喘息 15 アトピー性皮膚炎 16 とびひ 17 その他 (_____)					
そ の 他	体質 (アレルギー等) 慢性疾患で現在治療中、あるいは経過観察中の病気、及びくせなどがありましたら具体的にお書き下さい。				