

須坂市病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

(あて先) 須坂市教育委員会

申請者 住所

(保護者) 氏名

電話 () -

次のとおり病児・病後児保育の利用を申し込みます。

登録 児童	フリガナ	男 ・ 女	生年月日		園等施設 保育園 幼稚園 認定こども園 小学校
	氏名		年 月 日生 (歳 月)		
看護できない理由		1 勤務の都合 2 その他 ()			
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
利用時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで				
今回の 児童の病状	(あてはまるものに○をしてください。) 1 症状 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛 その他 () 2 この症状が始まった時期 月 日から 3 飲み薬 なし あり (1日 回 毎食前・後、 頓服) 4 食事制限 なし あり (内容) 5 その他 (特に伝えておきたいこと等)				
容体が変化 した場合の 処置	1 保護者へ連絡 (保護者が主治医へ連れて行く。) 2 医療機関の診察を受ける (病後児保育施設が提携医に連れていく。)				
保護者の 連絡先	1 登録申請書のとおり 2 登録申請と別の連絡先 (緊急時の連絡先を記入してください。)				