

(様式第1号) (第8関係)

須坂市病児・病後児保育事業利用登録申請書

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 () -

病児・病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録申請します。
なお、記入した個人情報を須坂市及び実施施設で共有することを承諾します。

登 録 児 童 に 関 す る こ と	フリガナ 氏 名		性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日生
	通園等施設 保育園 幼稚園 認定こども園 小学校		歳児 学年	施設電話 () -
	かかりつけ医療機関名称		主治医氏名	医療機関電話 () -
	定期通院の疾患	1 ある 病名 () 2 なし		
	常時服用している薬	※ぜんそく・アトピー性皮膚炎等があれば、内服時間など具体的に記入して下さい。 1 ある (原因物質) 2 なし		
	入院の経験	1 ある (入院時の年齢 歳 病名) 2 なし		
	児童の状況	出生時の体重 (g) 身長 (cm) 出生時の異常 あり・なし 現在の体重 (kg) 身長 (cm) 平熱 (°C) 子どもの癖 () 好きな遊び () 食 事 ミルク ・ 離乳食 (前期・中期・後期) ・ 普通食		
	家 族 の 状 況	氏 名	続柄	勤務先等
				勤務先 携 帯
				勤務先 携 帯
				勤務先 携 帯
				勤務先 携 帯
特記事項				

※家族の状況欄は、児童の保護者（父母、祖父母等）をご記入ください。