

(様式第3号) (第9関係)

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 (年 歳 月)		
看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他 ()				
現在認定されている保育必要量	1 保育標準時間認定 (2に記載以上の、最長11時間保育) 2 保育短時間認定 (8時30分から16時30分までの、最長8時間保育)				
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				
今回の児童の状況	(あてはまるものに○をしてください。)				
	1 飲み薬 なし あり (1日 回 每食前・後、頓服)				
	2 食事制限 なし あり (内容)				
	3 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 保護者へ連絡し、保護者が主治医へ連れて行く。 2 保護者へ連絡し、病児・病後児保育施設が提携医へ連れて行く。				
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。)				