

様式第2号（第9条関係）

杵築市病児保育事業利用申込書

年 月 日

杵築市立山香病院長 様

杵築市病児保育事業を利用したいので、次のとおり誓約のうえ、申し込みます。

利用期間中は、実施施設の指示に従います。また、子どもの状態が変化して対応が困難になったときは、杵築市病児保育事業の利用中止に同意します。

保護者① 氏名		勤務先		続柄 ()
				TEL () -
保護者② 氏名		勤務先		続柄 ()
				TEL () -
(フリガナ) 子ども氏名		男 ・ 女	年 月 日 (歳 箇月)	
主な症状				
利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
就園・就学先				
利用を希望する 具体的な理由				
(事業実施施設における) 注意事項を承諾し利用を申し込みます。 申請者 住 所 保護者氏名 ⑩				

連絡先は必ず2ヶ所記入してください。

勤務先の場合は、勤務先・部署名まで記入をお願いします。

(実施委託事業者承諾欄)

下記のとおり病児保育室への利用を承諾します。			
・利用期間	年	月	日から
	年	月	日まで (日間)
実施委託事業者 氏 名			

登録番号

