

年 月 日

指定管理者 様

保護者 住所

氏名

（署名又は記名押印）

緊急連絡先

浜田市病児・病後児保育室利用許可申請書

浜田市病児・病後児保育室の利用をしたいので、浜田市病児・病後児保育室条例第10条の規定により次のとおり申請します。

併せて、利用料金の減免事由に該当するときは、その減免を申請します。

なお、児童等の容体が悪化した場合等には、私に対応します。

また、緊急時には、私に連絡がなくとも医療機関での受診や治療を行うこと、及びその医療費等は私が負担することに同意します。

(ふりがな)	男	生年月日
児童等氏名	女	年 月 日生（満 歳）
利用希望期間	年 月 日から	
	年 月 日まで	（ 日間）
利用児童等の状況		
病気の種類（病名）		
<input type="checkbox"/> 日常罹患する疾病（感冒、消化不良症等）		
<input type="checkbox"/> 感染性疾患（はしか、水痘、風疹等）		
<input type="checkbox"/> 慢性疾患（喘息等）		
<input type="checkbox"/> 外傷性疾患（熱傷等）		
<input type="checkbox"/> その他（ ）		
発病年月日	年 月 日	（推定年月日）
通院病院名		
病状及び経過等（前夜から当日朝までの様子）		
児童を看護できない理由		
<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭		
<input type="checkbox"/> その他（ ）		