

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 8 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 ()		