

令和 年 月 日

病児・病後児保育登録申請書

扶桑町長 鯖 瀬 武 様

〒480-
保護者 住所
氏名
電話番号

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を申請します。

ふりがな				性 別	男 ・ 女
児 童 名					
生 年 月 日	年	月	日	年 齢	歳 か月
かかりつけ医	電話番号				
家 族 構 成	氏 名	児童との 続柄	生年月日	勤務先名又は園・学校名 電話番号	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
緊 急 連 絡 先	①	名前	電話(自宅・職場)		
		続柄	携帯電話		
	②	名前	電話(自宅・職場)		
		続柄	携帯電話		
備 考					