

福知山市病児保育事業利用申込書

年 月 日

福知山市長 様

申請者 (保護者) 住所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_  
 勤務先名 \_\_\_\_\_  
 所在地 福知山市 \_\_\_\_\_

病児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

1 利用者

ふりがな 児 童 名	性別	生年月日	保育園・幼稚園・小学校名
①		年 月 日 ( 歳)	
	症 状		
②		年 月 日 ( 歳)	
	症 状		
③		年 月 日 ( 歳)	
	症 状		

2 保育を必要とする理由 就労のため その他 ( )

3 緊急連絡先 (申請者以外に連絡する場合)

保護者名 (ふりがな)	続柄	連絡先の電話番号
①		
②		

4 利用予定日時

年 月 日 ( ) 午前 時 分 から 午後 時 分 まで  
 午後 時 分 から 午後 時 分 まで

<同意書> (1) 病状が変化したときは、速やかにお迎えに行きます。 (2) 事態が緊急を要する場合は、併設の福知山市民病院にて対応していただくことに同意し、要した費用についても必ず支払をすることに同意します。 (3) 事業の性質上、他の利用者の病気が感染する可能性があることを理解の上、申し込みます。 保護者氏名 _____ 印 _____
---

備考 この情報は、病児保育事業以外の目的には使用しません。