

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 _____

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

<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 _____

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。