

病児保育事業利用登録申込書 兼 同意書

八王子市長 殿

(〒 -)

申請者(保護者) 住所

氏名

病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

また、この申込書の内容を事業者が使用すること、市が事業者より利用状況(利用月日・病名等)の報告を受けること及び世帯の所得状況を課税台帳等で確認することに同意します。

(ふりがな) 登録児氏名	()	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
連絡先①	(氏名)	(続柄)	(連絡先 名称)	(電話) ()
連絡先②	(氏名)	(続柄)	(連絡先 名称)	(電話) ()
連絡先③	(氏名)	(続柄)	(連絡先 名称)	(電話) ()
かかりつけ 医院名			電話番号	()
保育園等の 名称			電話番号	()

登録児童の健康状態及び注意事項

○食事について(食事制限の有無・偏食等)

○その他 体質、癖又は障害など心配なこと・配慮して欲しいこと

※登録番号は記入しないでください。