

様式第2号(第11条関係)

病児保育事業利用申込書				
年 月 日				
施設長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                         (利用保護者) 住 所                          氏 名 印                          電話番号(自宅)                          (携帯)                     </div>				
病児保育事業を利用したいので、下妻市病児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。				
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
保護者が家庭内で保育できない理由 <input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
生活保護等の適用の有無	該当 ・ 該当しない			
保育認定の有無	有 ・ 無			
利用施設名				
利用日	年 月 日から 年 月 日まで	利用時間	時 分から 時 分まで	
迎えに来る者	氏名	続柄	連絡先等	
利用児の平熱	℃			
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他( )			
備 考				