

【病院記入欄】

登録番号

—

病児保育事業利用登録申請書

(宛先) 小児総合医療センター院長 殿

令和 年 月 日

申請者（保護者） 住 所

氏 名

印

※自署の場合、押印不要

電話番号
(自宅)

病児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。

また、この登録の内容を病児・病後児保育室に提供すること、病児・病後児保育室から利用状況（利用年月日・病名）の報告を受けること、及び利用にあたって病児保育室が定める利用規約等を遵守することに同意します。

ふりがな 登録児童氏名	性別	生年月日	乳幼児医療証又は 子ども医療証番号	現在通っている 保育園・小学校等
	男 ・ 女	年 月 日		
ふりがな 保護者氏名	続柄	電話番号（携帯）	緊急連絡先	
			勤務先等：	電話：
			勤務先等：	電話：
			勤務先等：	電話：
			勤務先等：	電話：