様式第３号（第７条関係）

つがる市病後児保育事業利用申込書

年　　月　　日

（事業者）

学校法人　平田学園

認定こども園　育実幼稚園　様

（保護者）住　所

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　病後児との続柄

　　　　　電話番号

　つがる市病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）病後児氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日（　　歳　　月） |
| 入所施設又は小学校名 |  | 登録番号 |  |
| 利用希望期間 | 　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 緊急時の連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　病後児との続柄住所　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　病後児との続柄住所　　　　　　　　　　　　　電話 |

家庭保育、集団保育又は登校が困難である理由

|  |
| --- |
|  |

今回の病気について

　・病名（わかっている場合のみご記入ください。）

　・症状（頭痛・腹痛・下痢・咳・嘔吐（むかつき））

（その他簡潔にご記入ください。）

　・今朝の体温　　　　　　　℃　　　　・機嫌（良好・普通・不良）

　・薬を飲んだ時間　　　　時　　分　　・座薬等を使用した時間　　　　時　　分

　・服薬　不要・要（食前・食中・食後・随時）　数量（　　錠・　　包）

　・その他注意すべき事項