

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

上天草市病児・病後児保育事業登録申請書

上天草市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号 (     -     -     ) 印

下記のとおり、病児・病後児保育事業の(登録)を申請します。  
なお、病児・病後児保育事業に登録した後は、以下の情報を施設に提供することに同意します。

ふりがな 児童氏名	男 女	保育園又は 小学校名	
生年月日	年 月 日	年 齡	歳 か月
世帯状況(同居者全員をお書きください。)	氏名	続柄	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
登録期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
緊急連絡先	電話番号 (     -     -     )		
かかりつけの医療機関	名称	電話番号 (     -     -     )	
被保険者証	社保・国保・その他	記号	番号
アレルギー	なし・あり (     ) ) 食事制限の必要 なし・あり (     ) )		
要望欄	体質のくせ等、心配なこと、又は配慮して欲しいことがあれば、具体的にお書きください。		

登録番号	
------	--