

実施施設の長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

㊞

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。  
なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名		男・女		満 歳 か月
通っている保育所等の名称	所（園）・小学校			
利用する施設の名称				
保護者氏名	(続柄： )	緊急連絡先		
お迎えの方氏名		時間	時 分頃	
		連絡先		
利用日	年 月 日			
利用区分	<input type="checkbox"/> 病児保育利用		<input type="checkbox"/> 病後児保育利用	

病状連絡票 ※お子様の様子をわかる方（保護者）が記入して下さい。

受診病院名		住 所	
医師名		電話番号	
病 名		投 薬 有 無	有・無 ※有の場合は、薬の連絡票等を添付してください。
いつからどのような状態ですか？前日利用された方は帰宅後からで結構です。 年 月 日から 主な症状：			
今日の状態 体温： 度（ 時 分頃）（平熱 度） 食欲：有・無 水分：充分・少量 睡眠：充分・不十分 鼻汁：多い・少し・無 せき：多い・少し・無 排便：朝から 回（普通・軟・水様）・無 嘔吐：朝から 回・無 その他（ )			