

病後児保育サービス登録申請書

(中郷こども園病後児保育室トトロのおうち用)

申請年月日 年 月 日

黒石市長 殿

◎病後児保育サービスを利用したいので、別紙の実施要綱に登録を申請します。

保護者氏名 印

住 所

電 話 番 号

登録番号は園で記入します

登録番号	R6 -	登録理由	1. 就労 2. 就学 3. 職業訓練 4. その他 ()
------	------	------	-----------------------------------

児童氏名		男・女		連絡先氏名	電話番号
生年月日	年 月 日	緊急連絡先	①		
血液型	Rh +・- ABO式 型		②		
家での呼び名			③		
通園・通学中の施設	無・有 (施設名) 電話番号		④		
※緊急連絡先は必ず連絡の取れる番号でお願いします。					
健康保険	保険の種類	国保・社保・共済・船員・その他 ()			
	記号		被保険者氏名		
	番号(枝番)	()	事業所名		

※健康保険は登録時のものをご記入ください。利用の都度、変更の有無を確認させていただきますのでご了承ください。

本人以外の家族構成	続柄	フリガナ氏名	生年月日	年齢	勤務先名	勤務先電話番号
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

4・5のいずれかに○をしてください。5種混合の場合は、Hibの欄は記入不要です。

		4 5 種混合	Hib	肺炎球菌	ロタ	B型肝炎	日本脳炎	麻疹・風疹	水痘	おたふく	BCG
予 防 接 種	1回目	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未
	2回目	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	
	3回目	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未				
	追加	済・未	済・未	済・未			済・未				
その他の 予防接種	詳細をご記入ください										
既往歴	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

ア レ ル ギ ー	原因物質（食物・薬・花粉等）	かかりつけ医	
		体質・持病など	熱性けいれん・喘息・自家中毒・脱臼しやすいなど
	食品の除去等についての詳細	発育・発達	経過観察をしている事項など
	※医師の指示書等がある場合はお持ちくださるようお願いします。		

その他 特記事項等

※登録申請の際は必要事項をご記入のうえ、中郷こども園までお持ちください。