

病後児保育事業利用申請書

(利用毎に提出してください)

幼保連携型認定こども園

いいとよ保育園 園長 様

病後児保育事業を利用したいので、利用の申請をします。また、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
子どもの名前		性別	男・女	年齢		歳
緊急連絡先	氏名(フリガナ)	続柄	勤務先名		電話番号	
	①					
	②					

主治医 (かかりつけ医)	医療機関名	担当医師	電話番号
			- -
除去食(食物アレルギー) 具体的にお書き下さい	無 ・ 有 ()		
お薬 (処方薬に限る)	依頼する ・ 依頼しない	用法	食前・食後・他 ()
薬品名		薬の形	粉末 ・ シロップ ・ 外用薬 その他 ()

※処方薬に関する情報提供書類をお持ちの方は添付してください

同意書

- 利用中は、施設職員の指示を守ること。
- お子さまの症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること。
- また、保護者の連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 登録や利用申請において施設が知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において、病後児保育事業実施関係機関に提供されること。

私は、病後児保育事業の利用にあたり、上記項目に同意します。

(上記項目に同意できる場合は、の上、署名してください)

令和 年 月 日

住所

保護者氏名