

# 病後児保育利用申込書

保育園長 様

貴保育園の病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	※確実に連絡できる番号を記入
お迎えの時間	午前・午後 時 分	お迎え者 (続柄)		続柄
利用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間			
お子さんの今回の病気について、あてはまるもの全てに○をつけ、必要なところをご記入ください。				
主な症状	発熱 ( °C・平熱 °C) せき 鼻水 食欲低下 その他 ( )			
気をつけてほしいこと				
受診医療機関名	かかりつけの医師と同じ・違う (病院名 ) 受診日 ( 年 月 日)			
病名 (症状)				
与薬	あり ・ なし ※保育園での薬の服用を希望する場合は、「お薬連絡票」をご記入の上、お薬手帳またはお薬の説明書と一緒に提出してください。(医師から処方された薬に限ります。)			
添付書類 (レ印)	<input type="checkbox"/> お薬連絡票 (該当者のみ)			
承 諾 書				
<p>・ 貴保育園のご指示を守ります。</p> <p>・ 症状の急変などによる緊急の場合、医療機関に受診させることを承諾します。</p> <p>・ 病後児保育での対応が難しいと認められたとき、または事業利用が思わしくないと認められたときは、病後児保育の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行きます。</p>				
平成 年 月 日				
保護者氏名 _____ 印				