別記様式第２号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込番号　第　　　号

妙高市病児・病後児保育事業利用申込書

妙高市長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者　　　　　　　　　　　　㊞

妙高市病児・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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童 |  | 男 ・ 女 | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳　　　か月） | | | |
| 通園・通学  施　設　名 | こども園・保育園・幼稚園・小学校 | | | |
| 保護者 | 氏名・続柄 | 続柄（　　） | | | |
| 住　　　所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 勤務先名称 |  | | | |
| お迎え予定 | | 氏名 |  | 予定時間 | 時　　分ころ |
| 緊急時連絡先① | | 氏名 |  | 電話番号　　　－　　　－ | |
| 緊急時連絡先② | | 氏名 |  | 電話番号　　　－　　　－ | |
| 保育を希望する  期間・時間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日  時　　　分　　　　～　　　　　時　　　分 | | | |
| 承　諾　欄 | | 病児・病後児保育を利用中に症状が変わり、看護師が要受診と判断した場合は、保育士が付き添い、けいなん総合病院へ受診することを承諾します。  受診した医療費は、保護者負担とし、保護者がけいなん総合病院へ支払いをします。  保護者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

※この申込書は、病児・病後児保育事業医師連絡票と一緒に病児・病後児保育室に提出してください。

※記載された個人情報は、病児・病後児保育室の利用に関する業務以外には使用しません。

※症状が変わり病院に受診することになった場合、あらかじめ緊急連絡先へ連絡しますが、連絡がつかない場合は受診を最優先とし、保護者へは事後報告となることがありますので、ご了承ください。