

登録番号	
------	--

様式第2号（第8条関係）

令和 年 月 日

丹波篠山市病児保育事業利用申込書

丹波篠山市教育委員会 様

申込者(保護者)

住所	
氏名	

病児保育事業を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

なお、事業利用にかかる負担額算定に必要な資料を閲覧することに同意します。

対象児童	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日
			年齢	歳 か月
利用理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病名 (○をつけて下さい)	上気道炎・気管支炎・肺炎・胃腸炎・喘息・その他 ()			
利用希望日	月 日	月 日	月 日	
	月 日	月 日	月 日	

※緊急連絡先を2カ所（優先順位1・2）記載して下さい。

緊急 連絡 先	母の携帯 (TEL :)	父の携帯 (TEL :)	その他(名 続柄) (TEL :)
	母の職場 (TEL :)	父の職場 (TEL :)	自宅電話 (TEL :)

希望があれば、保育中の様子などをメール配信いたしますので、アドレスを記入して下さい。

アドレス： (母・父・その他 ())

保育上、注意が必要なことがあれば記入して下さい。