

病児・病後児保育事業利用申込書

令和 年 月 日

事業実施者 様

申請者（保護者）住所

氏名

印

電話

森町病児・病後児保育事業の広域利用に関する実施要綱第5条の規定により、保育について利用したいので申し込みます。

入室日	年 月 日 () から 年 月 日 () まで		
フリガナ 氏名	男・女	年齢	歳 か月
保育が困難な理由	就労・傷病・出産・介護・看護 その他 ()		
主な症状	発熱・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・発疹・湿疹 その他 ()		
症状の経過			
昨日から今朝までの症状			
使用した薬			

- 事前登録（登録番号 ）
- 医師連絡票
- 健康保険証
- 特定の医療機関への受診が必要（はい・いいえ）
- 医療機関名：
- 理由：