

病後児保育事業 利用申込書

年 月 日

長野赤十字病院病後児保育室ゆりかご 様

病後児保育事業の利用を申し込みます。
病状急変の場合当院医師の診察を受けることがあります。
(承諾する ・ 承諾しない)

記入者 (印)

(自署の場合は印省略可)

Form with fields: ふりがな, お子さんの氏名, 性別, 通園施設の名称, 生年月日, 保護者住所, 保護者氏名, 緊急連絡先 (氏名, 電話, 携帯).

Form with fields: 利用日時 (年, 月, 日, 時間), 利用の要件 (子どもの状況, 親の状況).

Form with fields: お子さんの状況 (現在の体重, 身長, 平熱, お子さんの癖, 食事, アレルギー, その他).

登録申請書提出日が2020年2月以前の方は出生時の状況について記入してください。

Form with fields: 出生時の状況 (妊娠中及び出産時に何か異常がありましたか, 出生時の体重, 身長).

以下の欄は [] 登録申請書提出日、又は前回利用日 年 月 日 以降に変更はありません → 記入省略可
[] 登録申請書提出日・前回利用日 以降に変更箇所があります → 記入をしてください

Table with columns: お子さんの健康保険 (記号, 番号, 保険者番号, 保険者名称), 接種年月日, 病気のあった時の年齢. Rows include various vaccines and illnesses like BCG, Hib, B型肝炎, etc.