

東海村病児・病後児保育施設指定管理者 様

届出者 (保護者) 住所  
氏名

㊞

東海村病児・病後児保育施設利用登録届

東海村病児・病後児保育施設の利用について登録したいので、東海村病児・病後児保育施設の設置及び管理に関する条例第14条の規定により、次のとおり届け出ます。

なお、病児・病後児保育事業の利用の際に、この登録内容の情報を利用することについて同意します。

|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|---------|-------|--|
| 登<br>録<br>児<br>童                                     | 児 童 氏 名                                                      |                                                | 性 別   | 生 年 月 日 |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                | 男 ・ 女 | 年 月 日生  |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       | ( 歳 箇月) |       |  |
|                                                      | 自 宅 住 所                                                      | (〒 — )                                         |       |         |       |  |
|                                                      | 電 話 番 号                                                      |                                                |       |         |       |  |
|                                                      | 通 園 通 学 施 設 名                                                | 保育所 (園) ・ 幼稚園 ・ 認定こども園 ・ 小学校                   |       |         |       |  |
|                                                      | かかりつけの病院等                                                    | 病院等名                                           | 主治医   | 電話番号    |       |  |
|                                                      | 健康保険被保険者番号                                                   | 記号                                             | 番号    | 保険者番号   |       |  |
|                                                      | アレルギーの有無                                                     | アレルギー体質 無 ・ 有 (具体的に )<br>薬のアレルギー 無 ・ 有 (具体的に ) |       |         |       |  |
|                                                      | 入院したこと                                                       | 無 ・ 有 (病名： 歳 箇月) (病名： 歳 箇月)                    |       |         |       |  |
|                                                      | 常時内服している薬                                                    | 無 ・ 有 (内服薬の名称・回数)                              |       |         |       |  |
|                                                      | 常時使用している<br>軟膏・吸入薬                                           | 無 ・ 有 (軟膏の名称・回数) (吸入薬の名称・回数)                   |       |         |       |  |
|                                                      | 家 族 構 成<br><br>(親・きょうだい<br>の他、送迎の可能<br>性のある親族も記<br>入してください。) | 氏 名                                            | 続 柄   | 勤務・学校先等 | 連 絡 先 |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
|                                                      |                                                              |                                                |       |         |       |  |
| その他 (体質やくせなど心配なこ<br>と、配慮して欲しいことについて<br>具体的にご記入ください。) |                                                              |                                                |       |         |       |  |

|      |       |
|------|-------|
| ※受付日 | ※登録ID |
|------|-------|

※欄は、記入しないでください。