

登録番号

令和 年 月 日

長井市病児保育事業利用登録書

長井市長 宛

〒 保護者住所
保護者氏名
自宅(携帯)電話番号

次のとおり病児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては下記の事項を守ります。

- (1)記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。
(2)利用中は、実施施設の指示に従うこと。

登録を希望する理由
登録児童
かかりつけ医
新生児期
家族構成(同居)
予防接種
これまでにかかった主な感染症や病気
入院したこと
食物アレルギー
その他

※ 登録時には母子健康手帳をお持ちください。