病後児保育利用申込書

　　　北秋田市長　　　　様

　貴保育園の病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　年　月　日（　歳） |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号　※確実に連絡できる番号を記入 |
| お迎えの時間 | 午前 ・ 午後　 時　 分 | お迎え者（続柄） | 　　　　　　　　　 | 続柄 |
| 利用期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　日間 |
| お子さんの今回の病気について、あてはまるもの全てに〇をつけ、必要なところをご記入ください。 |
| 主な症状 | 発熱（　　℃・平熱　　℃）　せき　鼻水　食欲低下　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 気をつけてほしいこと |
| 受診医療機関名 | かかりつけの医師と同じ ・ 違う（病院名　　　　　　）受診日（　　　　年　　月　　日） |
| 病名（症状） |  |
| 与薬 | あり　　　　・　　　　なし※保育園での薬の服用を希望する場合は、「お薬連絡票」をご記入の上、お薬手帳またはお薬の説明書と一緒に提出してください。（医師から処方された薬に限ります。） |
| 添付書類（レ印） | □　お薬連絡票（該当者のみ） |
| 承　諾　書・貴保育園のご指示を守ります。・症状の急変などによる緊急の場合、医療機関に受診させることを承諾します。・病後児保育での対応が難しいと認められたとき、または事業利用が思わしくないと認められたときは、病後児保育の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行きます。　　年　　月　　日　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |