

川南町長 様

申請者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

川南町病児・病後児保育事業利用申請書

次のとおり川南町病児・病後児保育事業を利用したいので申請します。

児童氏名		生年月日		申請者との続柄	
利用希望理由	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他()				
利用希望日 及び時間帯	年 月 日() 時 分 ~ 時 分				
主な症状等	※医師には <input type="checkbox"/> 受診済み ※受診日 月 日 病名() ※感染性の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※症状(あてはまるもの全てにチェック) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他()				
緊急連絡先	氏名	①	電話番号 ※必ず繋がる番号		子どもとの続柄
	氏名	②	電話番号 ※必ず繋がる番号		子どもとの続柄
送迎者	氏名		電話番号 ※必ず繋がる番号		子どもとの続柄

(注意事項)

※予約後にキャンセルされる場合は、必ず施設に連絡を入れてください。