様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

射水市病児保育事業利用申請書

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

利用者との続柄

射水おおぞら保育園で病児・病後児保育を利用したいので、医師連絡票を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | | ふりがな |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  |  | 年　　　月　　　日生  （　　　　　歳　　　　　か月） |
| 通園・通学先 | | | 保育園・小学校 | | |
| かかりつけ医師  医療機関名 | | | 電話番号 | | |
| 利用期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日（　　　　日間） | | |
| 利用時間 | | | 時　　　分　～　　　　時　　　分 | | |
| 利用事由 | | | １　勤務の都合　　　　　２　その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| お迎えする方 | | | 氏名 | 続柄 | お迎え時間 |
|  |  | 時　　　　分 |
| 緊  急  連  絡  先 | 順位 | | 氏名 | 続柄 | 電話番号（勤務先等） |
| 第１ | |  |  |  |
| 第２ | |  |  |  |
| 第３ | |  |  |  |
| 同  意  事  項 | １．病児・病後児保育事業の利用期間中は、指導医の指示に従います。また、児童の病状によっては、病院に緊急搬送することを承諾します。  ２．指導医が必要と認めたときは、申込時及び病児・病後児保育利用期間中に指導医の診療（通常の診療）を受けることを承諾します。  ３．児童の容態が変化して病児・病後児保育での対応が困難になったとき又は指導医が利用を不適当と判断した時は、病児保育の中止に同意します。  ４．児童の容態により緊急に連絡があった場合は、適切に対応します。  上記のことについて同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |