

病児保育事業利用申込書									
施設長 様									
(利用保護者)住 所									
氏 名									
電話番号(自宅)									
(携帯)									
病児保育事業を利用したいので、桜川市病児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。									
フリガナ				男・女	生年月日	年 月 日			
利用児氏名						(歳 か月)			
保護者が家庭内で保育できない理由									
☐ 勤務の都合 ☐ その他()									
生活保護等の適用の有無	該当 ・ 該当しない								
保育認定の有無	有 ・ 無								
利用施設名									
利用日	年 月 日から 年 月 日まで				利用時間	時 分から 時 分まで			
迎えに来る者	氏名		続柄		連絡先等				
利用児の平熱	℃								
症 状	☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ 目やに ☐ 頭痛 ☐ けいれん ☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ 食欲低下 ☐ その他()								
備 考									