

東浦町病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

東浦町長 殿
(病児・病後児保育室)

申込者 住 所
氏 名
緊急連絡先(携帯)
緊急連絡先(勤務先)

東浦町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

児 童 名	ふりがな		男・女	年 月 日生 (歳 か月)		
	(愛称)					
利 用 事 由	(該当するものに○を付けてください) 1 勤務の都合 2 その他 (傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他 ())					
利用予定期間 (予 約 確 定 で は あ り ま せ ん 。 複 数 日 申 込 み の 場 合 は 、 迎 え ま で に 翌 日 以 降 の 利 用 可 否 の 回 答 を し ま す 。)	年 月 日 ～ 月 日 (日間)					
		日にち	預かり時間 (24 時間表記)		送り者氏名 (続柄)	
			送り時間／迎え時間		迎え者氏名 (続柄)	
	1	月 日 ()	: ~ :		()	
			: / :		()	
	2	月 日 ()	: ~ :		()	
			: / :		()	
	3	月 日 ()	: ~ :		()	
			: / :		()	
	4	月 日 ()	: ~ :		()	
		: / :		()		
5	月 日 ()	: ~ :		()		
		: / :		()		
傷病等の状況	< 現症状の経過 >					
	現在の症状 (該当するものに○を付けてください。 発熱 発疹 (部位) 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 嘔吐 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他 ()					
投 薬 依 頼	有・無	有の場合→与薬依頼書 (保護者記入)				
日 頃 の 様 子	与 薬	スプーンの上で溶かして飲む 口に入れてそのまま飲む その他 ()				
	水 分	コップで飲む 哺乳びん使用 ストロー使用 マグ使用				
	食 事	一人で食べられる 半分介助 全面介助				
	排 泄	トイレでできる オムツ トレーニング中				
	午 睡	一人で眠れる とんとんされて眠る 抱っこ又はおんぶ				
注 意 事 項	※ お子さんのことで注意することがあればご記入下さい。					

処理欄（事業所記入欄）

1	利用 <u>予定</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：	利用 <u>実施</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：
	翌日利用の有無確認 有・無	担当者 確認印 ㊟
	保護者への伝達事項	利用料受領額確認 担当者 確認印 ㊟
2	利用 <u>予定</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：	利用 <u>実施</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：
	翌日利用の有無確認 有・無	担当者 確認印 ㊟
	保護者への伝達事項	利用料受領額確認 担当者 確認印 ㊟
3	利用 <u>予定</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：	利用 <u>実施</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：
	翌日利用の有無確認 有・無	担当者 確認印 ㊟
	保護者への伝達事項	利用料受領額確認 担当者 確認印 ㊟
4	利用 <u>予定</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：	利用 <u>実施</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：
	翌日利用の有無確認 有・無	担当者 確認印 ㊟
	保護者への伝達事項	利用料受領額確認 担当者 確認印 ㊟
5	利用 <u>予定</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：	利用 <u>実施</u> 日時 年 月 日（ ）： ～：
	翌日利用の有無確認 有・無	担当者 確認印 ㊟
	保護者への伝達事項	利用料受領額確認 担当者 確認印 ㊟