

登録番号	
------	--

様式第2号（第8条関係）

令和 年 月 日

丹波篠山市病児保育事業利用申込書

丹波篠山市教育委員会 様

申込者(保護者)

住所	
氏名	

病児保育事業を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

なお、事業利用にかかる負担額算定に必要な資料を閲覧することに同意します。

対象児童	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日
			年齢	歳 か月
利用理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務 <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"/> その他 ()			
病名 (○をつけて下さい)	上気道炎・気管支炎・肺炎・胃腸炎・喘息・その他 ()			
利用希望日	月 日	月 日	月 日	
	月 日	月 日	月 日	

※緊急連絡先を2カ所（優先順位1・2）記載して下さい。

緊急 連絡 先	母の携帯 (TEL :)	父の携帯 (TEL :)	その他(名 続柄) (TEL :)
	母の職場 (TEL :)	父の職場 (TEL :)	自宅電話 (TEL :)

希望があれば、保育中の様子などをメール配信いたしますので、アドレスを記入して下さい。

アドレス： (母・父・その他 ())

保育上、注意が必要なことがあれば記入して下さい。

同意書

私は、病児保育室にここにこを利用するにあたり、下記の内容について同意します。

- 1 アレルギー歴、けいれん歴、ワクチン歴などは、最新の情報を入室時に伝えます。
- 2 入室時の診察結果や状態によっては入室できないことを了承します。
- 3 常に病児保育室からの連絡に対応できるようにしておきます。
- 4 咳や鼻汁がひどい時、高熱でしんどい時など医師の判断で処置を受けます。
- 5 個人情報、必要に応じて他の医療機関等に情報提供することを了承します。
- 6 感染防止に努めたうえで、相互感染が起こった場合、病児保育室が責任を負わないことを了承します。

与薬依頼書（与薬がない方は無記入で）

私は、病児保育室にここにこに、以下の与薬を依頼します。

処方日 令和 年 月 日 / 医療機関名 _____

	薬の名前（飲み薬、塗り薬、座薬などすべて記入してください。）
1	
2	
3	
4	
5	

★昼の飲み薬は基本的には昼食前に服用していただきます。

★塗り薬使用のタイミングは記載をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (続柄)

入室児氏名 _____