

令和 年 月 日

（宛先）高松市長

申込者（保護者） 住 所
氏 名
電話番号

高松市病児保育事業利用申込書

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

通所（通園・通学）中の保育所 （幼稚園・こども園・小学校）名		
ふ り が な		男
児 童 氏 名		女
生年月日（年齢）	平成 年 月 日生（満 歳）	
緊 急 連 絡 先	1 氏名	続柄 TEL
	2 氏名	続柄 TEL
利用希望期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
利用希望施設		
症 状（病 名）		
現在通院している医療機関名	へいわこどもクリニック病児保育はとぼっぽ	
児童を看護できない理由	勤務の都合 傷病 事故 出産 冠婚葬祭 その他（ ）	

以下については、記入の必要はありません。

登録番号		医師記入欄	
------	--	-------	--