

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)	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	年 月 日～ 年 月 日	
利用希望施設	へいわこどもクリニック病児保育はとぼっぽ	
症状(病名)		
現在通院している医療機関名		
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	
------	--	-------	--