様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

南関町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

住　　所

申請者名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

南関町病児・病後児保育事業登録申請書

下記のとおり南関町病児・病後児保育事業の登録を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  対象児童名 |  | 性  別 | 男・女 | 愛  称 |  | |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） | | | 血液型 | | （RH　　） |
| かかりつけ病院名 | ①小児科　　　　　　　　　　　　　電話  ②外　科　　　　　　　　　　　　　電話  ③眼　科　　　　　　　　　　　　　電話  ④内　科　　　　　　　　　　　　　電話  ⑤皮膚科　　　　　　　　　　　　　電話  ⑥耳鼻科　　　　　　　　　　　　　電話  ⑦整形外科　　　　　　　　　　　　電話  ⑧その他　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | |
| 通園（学）先 | 保育所（園）・認定こども園  幼稚園・小学校 | | | | | |
| 備考・要望 |  | | | | | |

登録番号（　　　　　）