

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
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 ②外 科 ③眼 科 ④内 科 ⑤皮膚科 ⑥耳鼻科 ⑦整形外科 ⑧その他	電話 電話 電話 電話 電話 電話 電話 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（ ）