

別記様式第3号（第9条第2項関係）

紋別市病後児保育利用申請書

年 月 日

紋別市長 様

申請者 住所
 (保護者) 氏名 印
 児童との続柄：
 電話

病後児保育を利用したいので、紋別市病後児保育実施要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童の氏名		性 別	男・女
在籍する保育所等	電話		
利用の要件	1：勤務の都合 2：傷病 3：出産 4：冠婚葬祭 5：その他（ ）		
利用期間	年 月 日 から 年 月 日（日間） （午前・午後） 時 分から（午前・午後） 時 分まで		
対象児童の病状等	病名		
	病状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> ケイレン <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	医療機関での受診歴	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない	
	医療機関での投薬歴	<input type="checkbox"/> 投薬を受けている <input type="checkbox"/> 投薬を受けていない	
	常備薬の服用歴	<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない	
	投薬	<input type="checkbox"/> 職員が投薬することに同意する <input type="checkbox"/> 職員が投薬することに同意しない	
	食物アレルギー		
	その他特記事項		
緊急時の連絡先	第1順位	氏名	児童との続柄 電話 勤務先
	第2順位	氏名	児童との続柄 電話 勤務先
	第3順位	氏名	児童との続柄 電話 勤務先
健康保険	加入保険名（ ）		
	記号番号	保険者番号	
その他			