

別府市病児送迎サービス事業事前登録申請書

別府市長 あて

申請者(保護者) 郵便番号 _____
 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり、別府市病児送迎サービス事業の登録について申請します。

児 童	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
	氏 名	未満児・年少児・年中児・年長児			
緊急連絡先	連絡先 1	連絡先 2			
	氏 名				
	続 柄	父・母・その他 ()	父・母・その他 ()		
	勤 務 先				
	勤務先電話	— —	— —		
	携 帯 電 話	— —	— —		
在園名	電話 — —				
	保育所・認定こども園・幼稚園・認可外保育施設				
かかりつけ医	病院・医院 電話 — —				
既往歴	これまでにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の内容にコメント及び <input type="checkbox"/> を付けてください				
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん【これまで()回・最後は()年()月()日・座薬指示 有・無】 <input type="checkbox"/> ぜんそく又はぜんそく性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】 <input type="checkbox"/> その他【 () 】				
	入院経験がある場合、具体的にお書きください				
	【病名： () 歳 () か月】 【病名： () 歳 () か月】				
その他	食事制限(食物アレルギー)がある場合、具体的にお書きください				
	体質(薬物アレルギー等)や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください				
申請者(保護者)署名					
