

西予市病児保育室利用許可申請書

年 月 日

西予市立西予市民病院  
開設者 様

申請者(保護者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

西予市病児保育室の利用をしたいので、次のとおり申請します。また、児童の体調の変化により、病児保育室の利用が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施すことに同意します。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所			保育所等名	
緊急連絡先	氏 名		続柄	電話番号
利用申込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
児童の状況	◇病名 ( ) ◇主な症状 発熱( °C) 下痢 嘔吐 鼻水 せき 発疹 湿疹 その他 ( ) ③服薬の有無 無 ・ 有(薬品名 ) ④その他 ( )			
かかりつけの 医療機関名	(電話番号 )			
家庭で保育が できない理由	仕事の都合 ・ その他 ( )			

※以下は、記入しないでください。

利用期間	利用日数	利用料	食事代