

平成 年 月 日

申請者名

次のとおり、利用登録の申し込みをいたします。

● 登録児童

| | | |
|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| 氏名 (ふりがな) | 性別 男・女 | 生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| 自宅住所 〒 - | 自宅電話番号 - - | |
| 通所施設名 保育園 電話番号 - - | | |
| かかりつけの医療機関名 主治医 先生 電話番号 - - | | |

● 保護者

| | | | |
|-------------|------|--------|-----|
| 氏名 (続柄) | 勤務先名 | 職種 | 勤務地 |
| | 電話番号 | 携帯電話番号 | |
| 氏名 (続柄) | 勤務先名 | 職種 | 勤務地 |
| | 電話番号 | 携帯電話番号 | |

● 家族構成 (同居)

| | | |
|----|------|----|
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |
| 氏名 | 年齢 歳 | 続柄 |

● 病児保育室 ひなたぼっこに保育看護を依頼するにあたり、しおりに記載されている内容を了承し同意いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名

印