

様式第1号(第6条関係)

(表)

一時預かり利用登録申込書

年 月 日

日南町長 様

保護者 住所

氏名 印

電話番号 ( )

本人の署名であることが確認できる限り、押印を省略できます

次のとおり、一時預かり事業の利用を申し込みます。

児 童 名	性 別	年 齢				
	男 ・ 女	歳	月	年	月 日生	
(利用申込みする具体的理由)		<input type="checkbox"/> 就労(パート)・習い事のため <input type="checkbox"/> 地域活動・ボランティア活動のため <input type="checkbox"/> 家族( )の病傷のため <input type="checkbox"/> 心理的・肉体的負担の解消のため				
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
保育時間	<input type="checkbox"/> 一日	<input type="checkbox"/> 半日	利用 形態	週 回数(曜日)		
	<input type="checkbox"/> 不定( )			月 回数(不定型)		
家族 の 状 況 ( 世 帯 員)	氏 名	続 柄	年 齢	勤務先(連絡先)		備 考

※調査・決定	利用の可否・理由	備考
	可 ・ 否	
1 上記のとおり認める	2 下記の理由で、一時預かりの要件に該当しないため ( )	
	年 月 日 承諾 印	

(裏)

身 体 の 状 況 等

① アレルギーがありますか

1 いいえ

2 はい(アトピー・ぜんそく・その他： )

制限食品 \_\_\_\_\_

② 熱性けいれん(ひきつけ) \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月のとき ・今まで \_\_\_\_\_ 回

何度以上になったらなど具体的に \_\_\_\_\_

その場合の対応について \_\_\_\_\_

③ 脱臼しやすい \_\_\_\_\_ 右手・左手・両手

④ これまでに、大きな病気やけがをしたことがありますか

1 いいえ          2 はい( )

⑤ かかりつけの病院

電話

⑥ 保険証の記号番号

記 号		番 号	
-----	--	-----	--

⑦ その他 保育中、特に気をつけて欲しいこと