

様式第1号(第7条関係)

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

和水町長 様

住 所

保護者名

⑩

電話番号

次のとおり和水町病児・病後児保育事業の登録を申請します。

なお、病児・病後児保育を利用するにあたり、申請情報を和水町が事業を委託する玉名市、社会福祉法人及び事業実施施設に提供することに同意します。

(登録番号)

ふりがな 児童氏名	(愛称)	性別	男・女
生年月日	(年 月 日 歳 か月)	血液型	(RH 型)
かかりつけ病院名	① 小児科 電話 ② 外科 電話 ③ 眼科 電話 ④ 内科 電話 ⑤ 皮膚科 電話 ⑥ 耳鼻科 電話 ⑦ 整形外科 電話 ⑧ その他 電話		
就園・就学先	保育園・小学校		
備考			