

※登録番号

年 月 日

日の出町長 殿

申請者（保護者） 住 所
氏 名
電話番号

秋川流域病児・病後児保育室利用登録申請書

秋川流域病児・病後児保育室の利用の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、あきる野市が登録申請書の内容に関する調査及び確認をすること並びに登録申請書の内容があきる野市、利用児童の住所地の区市町村（協定締結区市町村に限る。）及び保育室の業務を行う事業者において共有されることに同意します。

| | | | | | | |
|---------------------|--------------|---|-------------|---------|-----|-----|
| 児 童 | ふりがな | | | | 性 別 | 男・女 |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日（ 歳 か月） | | | | |
| | 保育園、 小学校等 | 名 称 | | 電 話 番 号 | | |
| 緊急連絡先 1 | 氏 名 | | 児 童 と の 関 係 | | | |
| | 名称（勤務先等） | | 電 話 番 号 | | | |
| 緊急連絡先 2 | 氏 名 | | 児 童 と の 関 係 | | | |
| | 名称（勤務先等） | | 電 話 番 号 | | | |
| 緊急連絡先 3 | 氏 名 | | 児 童 と の 関 係 | | | |
| | 名称（勤務先等） | | 電 話 番 号 | | | |
| 掛 かり 付 け 医 療 機 関 | 名 称 | | 電 話 番 号 | | | |
| 児 童 の 状 況 | アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | 品目、症状等 | | |
| | そ の 他 | 体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること | | | | |

(注)

- 1 該当する□にレ印を付けてください。
- 2 ※印欄は、記入しないでください。