キッズベースみどりがおか病児保育利用申請書

年　　月　　日

キッズベースみどりがおか　　宛

保護者　住所
氏名　　㊞
電話　自宅
携帯

次の児童について、キッズベースみどりがおかの病児保育を利用したいので関係書類を添えて申請いたします。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年　月　日 （　歳　箇月）	
登録番号		保育園・幼稚園 小学校名等			
利用する期間	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）				
利用する理由	1　勤務の都合　2　傷病　3　出産　4　冠婚葬祭 5　その他（　）				
引取者　氏名		続柄		引取時刻	午前 午後　時　分
かかりつけの医療機関名	病院等の名称		電話		

緊急連絡先	順位	氏名	続柄	電話
	第1			
	第2			
	第3			

同意事項

1　病児保育の利用期間中は、キッズベースみどりがおかの担当医師の指示に従います。
2　子どもの容態によりキッズベースみどりがおかの担当医師の診察を受けることを承諾します。
3　子どもの容態が変化し、病児保育での対応が困難になったとき又はキッズベースみどりがおかの担当医師が利用を不適当と判断したときは、病児保育の中止に同意します。
4　子どもの容態の変化により緊急に連絡があった場合は、適切に対応します。

上記のことについて同意します。　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞