

様式第 1 号（第 9 条関係）

岩見沢市病児保育事業登録申込書

年 月 日

様

申込者 住 所
氏 名

岩見沢市病児保育事業実施要綱第 9 条第 1 項の規定により、次のとおり登録を
申し込みます。

登録 児童	ふ り が な			性 別	生 年 月 日	年 齢
	児 童 氏 名			男・女	年 月 日	歳
保護 者の 状 況	続 柄	氏 名	生年月日	携 帯 電 話		緊急時の連絡先
						携帯電話・勤務先・ その他（ ）
						携帯電話・勤務先・ その他（ ）
	続 柄	勤 務 先	勤 務 先 住 所		勤務先電話番号	
かかりつけ医				連絡先		
予防接種の接種状況						
これまでにかかった主な感染症と病気						
アレルギー疾 患について	1 アレルギー（有・無） 2 診断（済・未済） 3 薬物アレルギー（有・無）					
	・アレルギーの症状 ・食べさせては困るもの ・その他					
<div>同意書</div> <p>市が病児保育事業の登録に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情 報を閲覧すること、及び、その情報に基づき決定した利用者負担額並びに登録内容を実施 施設に対して提示することについて同意します。</p> <div>保護者氏名岩見沢市長 様</div>						