様式第３号（第１１条、第２２条関係）

市川市病児対応型兼病後児対応型事業利用申請書

年　　　月　　　日

病児対応型事業実施者

病後児対応型事業実施者

　　　　　　　住　　所

　　　　　　氏　　名

|  |  |
| --- | --- |
| ※該当する方にチェックしてください | * 病児対応型事業を利用したいので、次のとおり申請します。
* 病後児対応型事業を利用したいので、次のとおり申請します。
 |
| （ふりがな）利用児童氏名 | 男女 | 生年月日　　　　　　　　年　　月　　日歳　　　か月 |
| 保護者等 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 電話番号・勤務先 |
| (ふりがな) |  |  | 固定・携帯 | 　　　（　　　　）　　　 |
|  |  |  | 勤務先名称電話番号 | 　　　 （　　　　）　　　 |
| (ふりがな) |  |  | 固定・携帯 | （　　　　） |
|  |  |  | 勤務先名称電話番号 | 　　　 (　　　　)　　　　　　　　　　　 |
| 上記以外の方（緊急連絡先） |  |  | 電話番号 | (　　　　) |
| 現在の保育状況 | □　保育園等（名称　　　　　　　　　）　電話番号　　　　　(　　　　)□　家庭・その他（　　　　　　　　　）　電話番号　　　　　(　　　　) |
| かかりつけの病院等 | 名称 | 電話番号 |
|  | （　　　　） |
|  | （　　　　） |
|  | （　　　　） |
| 現在の症状 |  |
| 平常時の健康状態 | □　良　　　□　発育上心配なこと（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用を希望する理由 | □　労働　　□　職業訓練　　□　疾病　□　出産　　□　事故□　看護及び介護　　□　冠婚葬祭　　□　私的理由□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用を希望する日 | 年　　月　　日（　　）から年　　月　　日（　　）まで |
| 利用を希望する時間 | 午前・午後　　　　時　から　午前・午後　　　　時まで |
| その他（体質、癖等） |  |