

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）				