

加東市長様

申請者住所加東市社５０番地

氏名加東太郎

加東市病児病後児保育施設を（１ 就労 ２ 疾病 ３ 災害 ４ 事故 ５ 出産 ６ 介護・看護 ７ 冠婚葬祭 ８ その他〔 〕 ）のため利用したいので、下記の内容について同意し、申し込みます。

記

【同意事項】

１ 症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断した場合に保護者の承諾なしに受診すること。

２ その治療に要した費用は保護者が負担すること。

(ふりがな)	かとう いちろう	性別	生年月日 (年齢)	<u>〇</u> 年 <u>５</u> 月 <u>５</u> 日生 (<u>〇</u> 歳 <u>〇</u> 箇月)
児童氏名	加 東 一 郎	<u>男</u> 女		
今回の病名	気管支炎			

利 用 希 望 日 に つ い て

<u>１</u> <u>２</u> 月 <u>１</u> <u>１</u> 日	<u>１</u> <u>２</u> 月 <u>１</u> <u>４</u> 日	月 日	月 日	月 日
<u>利用します</u>	<u>利用します</u>	利用します	利用します	利用します

施設での昼食提供の希望の有無	有 ・ <u>無</u>	施設でのおやつ提供の希望の有無	<u>有</u> ・ 無
	※有の場合、実費負担有		※有の場合、実費負担有

緊 急 連 絡 先

氏 名	加 東 太 郎	続柄(父)	氏 名	加 東 花 子	続柄(母)
勤務先等	0795 (42) 3301		勤務先等	0795 (42) 5511	
携帯電話	090 (1234) 5678		携帯電話	080 (9876) 5432	

お迎えに来る方について

氏 名 (加 東 花 子) 続柄 (母) お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。

お迎えの予定時刻 (午後 5 時 4 5 分頃)

備 考	
※施設記入欄	