中野市病児・病後児保育施設利用申請書

　　年　　月　　日

　中野市長　　　　　 　様

申請者　住所

氏名

中野市病児・病後児保育施設を利用したいので、次のとおり申請します。

病状の変化に伴い、施設の職員が必要と認めるときは、診療を受けることを承諾します。

なお、記入した個人情報を中野市、実施施設及び医療機関で共有することを承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）児童氏名 |  | 愛称 | 通園先 |
|  |  | 電話：　　　－　　　－ |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳児） | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  |
| 緊急時連絡先① | 氏名　　　　　　　　　　（続柄　　　）電話：　　　－　　　　－ | 緊急時連絡先② | 氏名　　　　　　　　　（続柄　　　）電話：　　　－　　　　－ |
| 利用の要件 | 児　童 | １：病児　　　　２：病後児（回復期） |
| 保護者 | １：勤務の都合　２：傷病　　　　３：出産　　　　４：冠婚葬祭５：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用期間 | 　　 年 　　月 　　日から　　　 　　年 　　月 　　日まで（　　　日間）（午前・午後）　　　時　　　分から　（午前・午後）　　　時　　　分まで |
| その他 |  |