

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 )		緊急時 連絡先②	氏名 (続柄 )
	電話： — —			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				