

様式第2号

サンチャイルド長久さわらび園 病後児保育事業利用申込書・同意書

平成 年 月 日

サンチャイルド長久さわらび園 施設長 様

申込者(保護者) 氏名

住所

電話

フリガナ		(男・女)
利用児童氏名		平成 年 月 日生 歳
通園施設		電話 : —
利用理由 (保護者の状況)	就労 ・ 疾病 ・ 事故 ・ 出産 ・ 冠婚葬祭 ・ その他()	
かかりつけ医	医療機関名 :	担当医師 : 電話 :
緊急連絡先 (確実に連絡が とれるところ)	氏名 :	続柄
	勤務先 :	電話
	氏名 :	続柄
	勤務先 :	電話
利用期間 時間	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()	日間
	平成 年 月 日() 午前 時 分 ~ 午前・午後 時 分	

同意書

サンチャイルド長久さわらび園 施設長 様

平成 年 月 日

保護者氏名

Ⓔ

貴施設に預けている(児童氏名)_____の病状に変化があった時の措置として、私及び代理人が迎えに来ることができない場合には、かかりつけ医への往診依頼を貴施設からされること、また、往診が不可能な場合には貴施設の嘱託医等で受診することに同意します。

本書と医師連絡票と一緒に、サンチャイルド長久さわらび園まで申請してください。