

様式第1号（第7条関係）

一時預かり事業利用登録申請書（登録用）

日吉津村長 様

年 月 日

保護者住所 日吉津村大字

保護者氏名

電話番号

次のとおり一時預かりの利用登録を申請します。

フリガナ		生年月日	令和・平成	年	月	日
お子さんの氏名		年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
緊急連絡先	① 電話	(続柄 )				
	② 電話	(続柄 )				
主に希望する預かり時間	<input type="checkbox"/> 1日預かり <input type="checkbox"/> 半日預かり <input type="checkbox"/> 短時間預かり					
家族の状況	氏名	続柄	年齢	勤務先等		
一時預かりを必要とする理由	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 保護者の一時的な就労・私的な予定・冠婚葬祭のため <input type="checkbox"/> 地域活動・ボランティアのため <input type="checkbox"/> 保護者・家族（ ）の疾病・看病等のため <input type="checkbox"/> 心理的、肉体的な負担解消のため <input type="checkbox"/> そのほか（ ）					
お子さんの体質等の留意事項	<input type="checkbox"/> けいれんを起こしやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくが起きやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい 【場所 】 <input type="checkbox"/> アレルギー【 】 <input type="checkbox"/> その他					
かかりつけ医	医療機関名					
	電話番号					
健康保険証	種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> その他				
	保険証の記号		保険証番号			
備考						
写真撮影等	通信などの作成のための写真掲載は 許可します ・ 辞退します					