

第2号様式（第8条関係）

年 月 日

鹿屋市病児保育事業利用申込書

実施施設長 様

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____

児童との続柄 ()

電話番号 () -

病児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

(ふりがな)		生年月日	年 月 日
児童氏名		(年齢)	(歳 か月)
在園・在校中の施設名称	(保育所(園)・幼稚園・認定こども園・小学校)		
申込みの理由 (家庭で保育できない理由)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日の () 日間		
児童のお迎え	迎えに来る方の氏名: _____ 続柄 () 退所予定時間: 時 分頃、電話番号 _____ - _____		
事業の利用状況	病児保育事業の利用は、(はじめて ・ 利用有り)		

病気の症状等について 病名(わかっている場合) [_____] 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喘鳴(呼吸時の音) <input type="checkbox"/> 発疹 その他、気になる症状など、ご自由にお書きください。
いつからこの症状がはじまりましたか。経過をお書きください。
昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。(<input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない) 昨日から今朝(現在)の症状についてお書きください。

(実施施設長の意見)

<input type="checkbox"/> (1) 上記について、承諾する。 <input type="checkbox"/> (2) 上記について、不承諾とする。 (理由)
--

注 □欄については、該当項目にレ印を記入してください。