

様式第4号(第12条関係)

病児保育事業利用申込書				
年 月 日				
筑西市長 様				
(利用保護者) 住 所				
氏 名 印				
電話番号(自宅)				
(携帯)				
<p>病児保育事業を利用したいので、筑西市病児保育事業実施要綱第12条の規定により、次のとおり申し込みます。</p>				
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
利用児氏名				( 歳 か月)
保護者が家庭内で保育できない理由				
<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
生活保護等の適用の有無	該当      ・      該当しない			
保育認定の有無	有 (認定者番号 )      ・      無      ※筑西市民のみ記入			
利用施設名				
利用日	年 月 日から 年 月 日まで	利用時間	時 分から 時 分まで	
迎えに来る者	氏名	続柄	連絡先等	
利用児の平熱	℃			
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他( )			
備 考				