

平成 年 月 日

## 長久手市病児・病後児保育事業（変更）申込書

（あて先） 実施機関

（保護者）氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 〒 \_\_\_\_\_  
長久手市 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

貴施設の病児・病後児保育事業を利用したいので、下記の事項について誓約します。

### 記

- 1 病児・病後児保育事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
- 2 利用者の現在状況は、「長久手市病児・病後児保育事業利用連絡書」のとおり相違ありません。
- 3 事業実施者が必要と認めるときは、申し込み時及び病児・病後児保育期間中に診療を受けることを承諾します。また、緊急な場合で、保護者との連絡が不能な場合、入院などの判断は一任します。
- 4 事業実施者において、児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難と認めるときまたは事業利用を不相当と認めるときは、病児・病後児保育事業の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

利用事由（保護者の状況）について、該当するところに○をつけてください				
1 勤務の都合	2 傷病	3 事故	4 出産	5 冠婚葬祭
6 その他（ _____ ）				
利用期間	平成 年 月 日（ ） ～ 平成 年 月 日（ ）			
利用時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分			
送迎者	（送り）		（迎え）	

児童氏名				性別	生年月日
フリガナ					平成 年 月 日生 （ 歳 ヶ月）
身長	cm	体重	kg	性格	
通園施設等					
1 認可保育所	（ _____ ）		保育園		
2 認可外保育所	（ _____ ）				
3 小学校	（ _____ ）		小学校		
4 幼稚園	（ _____ ）		幼稚園		
5 その他	（自宅保育・その他（ _____ ））				
かかりつけ医（担当医 _____ ）					
医療機関名				電話	（ _____ ）

【緊急連絡先】

保 護 者	保護者氏名等		続柄	緊急連絡先	
	氏名			勤務先	
	携帯電話 ( )			電話 ( )	
	氏名			勤務先	
	携帯電話 ( )			電話 ( )	
	氏名			勤務先	
	携帯電話 ( )			電話 ( )	