

第3号様式（第5条関係）

瀬戸市病児保育施設利用申込書

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

保護者 住所

氏名

印

次のとおり保護者の都合（1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他（ ））のため、瀬戸市病児保育施設の利用を申し込みます。

瀬戸市病児保育施設の設置及び管理に関する条例、施行規則等に同意し、必要時に陶生病院救急外来の診療を受けることを承諾します。

利用にあたっては、瀬戸市・陶生病院・事業者の指示に従い、児童の状態が変化し病児保育事業が困難と認める時または利用を不相当と認める時は利用を直ちに中止し、速やかに迎えに行くことに同意します。

なお、記入した個人情報を瀬戸市・陶生病院・事業者で共有することを承諾します。

ふりがな		登録番号	
児童名		男・女	年 月 日生 ( 歳 か月)
保護者等氏名 (緊急連絡先)	① (続柄 )	緊急連絡先	勤務先・自宅・携帯
	② (続柄 )	緊急連絡先	勤務先・自宅・携帯
利用日	年 月 日から 月 日まで		
明日以降の利用予定	① 病状次第で利用したい ②病状にかかわらず利用しない ③未定 (*利用を予定する方は、必ず予約状況を確認してください。)		
既往歴 アレルギー等	無 ・ 有 (登録時と同様) ・ 有 (登録時から変更あり)		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>&lt;変更部分についてご記入ください&gt;</p> <p>けいれん 無・有 ( 歳) 喘息 無・有 (薬 )</p> <p>食物アレルギー 無・有 ( ) 薬アレルギー 無・有 ( )</p> <p>常用薬 無・有 ( ) 持病 ( )</p> </div>		

添付書類：「瀬戸市病児保育施設利用診療情報提供書」「病児保育記録（家庭の様子を記入したもの）」  
与薬が必要な場合は「薬剤情報提供書（お薬手帳）」を添付してください。