

瀬戸市病児保育施設登録申込書

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

保護者 住所

氏名

電話

瀬戸市病児保育施設の利用登録を以下のとおり申し込みます。  
また、瀬戸市病児保育施設を利用するにあたり、以下の事項に同意します。

- ① 病児保育施設の利用期間中は、瀬戸市及び事業者の指示に従います。
- ② 瀬戸市病児保育施設の設置及び管理に関する条例、施行規則その他の取り決めに同意します。
- ③ 記入した個人情報を瀬戸市・公立陶生病院・事業者で共有することを承諾します。

（ふりがな） 登録児童氏名	性別	生年月日	保育園・幼稚園・ 学校名
（ ）	男・女	年 月 日生 （ 歳 か月）	
既往歴 アレルギー等	けいれん 無・有（ 歳） 喘息 無・有（薬 ） 食物アレルギー 無・有（ ） 薬アレルギー 無・有（ ） 常用薬 無・有（ ） 持病（ ）		

連絡 先 順位	保護者等の氏名（続柄）		緊急連絡先等（急変時に勤務先に連絡を入れる場合があります）	
			連絡のつく電話	勤務先・通学先等
第1	ふりがな	（続柄）		名称 住所 電話
第2	ふりがな	（続柄）		名称 住所 電話
第3	ふりがな	（続柄）		名称 住所 電話

添付書類

- ① 子ども医療費受給者証の写し
- ② 瀬戸市に在勤在学し、市外在住の方は社員証・学生証等の在勤在学を証明できるものの写し
- ※ ご記入いただいた個人情報は、瀬戸市病児保育施設の利用に係ること以外の目的で使用しません。

受付日	処理	登録番号
-----	----	------