

登録番号

様式第1号 (第7条関係)

大田原市病児・病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日

大田原市長 様

申込者 住 所
(保護者)

氏 名

電話番号 ()

大田原市病児・病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

フリガナ		性 別	生年月日	登録時の年齢	
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 か月	
保育・就学状況 (在籍施設名)	電話 ()				
緊急連絡先 (*)	氏 名		続柄	携帯電話	
	勤務先			勤務先電話	
	氏 名		続柄	携帯電話	
	勤務先			勤務先電話	
緊急連絡先 (*) 以外の 同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先名	勤務先電話
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
かかりつけ医	医療機関名、医師名等 電話 ()				
出産時の様子	妊娠週数 (週) 体重 (g) 分娩時の異常 無・有 ()				
乳幼児期の 発育	首がすわる (か月) おすわり (か月) ひとり歩き (か月) 人見知り (か月) 母親の後追い (か月) 発語 (意味のある言葉) (歳 か月) 栄養法 (母乳・ミルク・混合)				

(裏面へ)

