様式第1号(第5関係)

角田市病児保育事業利用登録書

　　　　年　　月　　日

　角田市長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  |
| 申請者 | 氏名 |  |
|  | 住所 |  |
|  | 電話番号 |  |

角田市地域子ども・子育て支援事業(病児保育事業)実施基準第5第1項の規定により、次のとおり登録します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | 男  女 | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳　　月） |
| 保護者名 |  | 勤務先 | TEL |
| 入所している  保育施設等 |  | | |
| 診断医療  機関名 | TEL | | |
| 受 診 日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 症状  （病名等） |  | | |
| 備　　考 |  | | |