

(表)

様式第2号(第8条関係)

登録番号

号

湖南省病児保育事業利用申込書

平成 年 月 日

湖南省長 谷 畑 英 吾 宛

〒
保護者 住所
氏名
電話

湖南省病児保育事業を利用したいので、次の通り申し込みます。
なお、利用期間中は実施施設の長の指示に従い、また、児童の体調の変化により病児保育が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施されることに同意します。

ふりがな	
児童氏名	
保育園(所)名 小学校名	
希望利用期間	
希望利用時間	午前 時 分から 午後 時 分まで
緊急連絡先	
現在の児童の状況について(医師に確認うえご記入ください。)	
病名	
病名または症状	病名： 病名が不明な場合は、以下の中から該当するものに○印を付けてください。 該当するものがない場合は、その他にご記入ください。 発熱 下痢 嘔吐 咳 発疹 その他 ()
備考	各日ごとに利用希望の時刻を記入して下さい。 (記入のない場合は実施施設の基本利用時間となります。)

※裏面も記入して下さい。

(裏)

お迎えに来られる方の名前等	
連絡先	
薬・与薬に関すること	
薬の名前	
与薬について	施設での与薬を依頼する ・ 施設での与薬を依頼しない
	薬の名前と飲ませ方を記入して下さい。
その他特に知らせたいこと	