

菊陽町病児・病後児保育事業利用申請書

菊陽町長		様		年 月 日	
次のとおり、菊陽町病児・病後児保育事業の利用を申請します。					
保護者氏名					
住 所					
電 話 番 号 ( ) —					
緊 急 連 絡 先	① — —				
	② — —				
ふ り が な 利 用 児 童 名		男 女	生年月日	( 年 月 日 生 ( 歳 ヶ月)	
病 名					
症 状	朝の体温( °C 時検温) 解熱剤の使用(使用 時 分、未使用) ※解熱剤使用后6時間以上経過していない方はお預かりできません。				
要 望 等					
利 用 予 定 日	年 月 日 時 分～ 時 分		年 月 日 時 分～ 時 分		
お 迎 え の 方	氏名 続柄( ) 電話( ) —				
同 意 書					
<p>預かり時間は厳守し、医療、食事、精神面での心身に影響のある個人情報隠さずセンターに伝えます。症状に変化のあった場合は、看護師の判断により医師の診察を求めると及び万一の事故については菊陽町社会福祉協議会の加入する保険をもってすべての解決を行う事に同意します。以上の事項を守り、これに反する場合は保育を中止され、正当な権利の行使が出来なくなっても異議は申しません。</p>					
保護者氏名					