

各務原市病児・病後児保育事業利用申請書

（宛先）実施施設

住 所
申請者（保護者等）氏 名
お子様との関係

お子様の名前		年 齢	年 月 日生 歳 か月	性 別	男・女
保育所（園） 等 の 名 称	保育所（園）・幼稚園 小学校・その他				
緊 急 連 絡 先	① TEL	名前（	）	続柄（	） 職場名（
	② TEL	名前（	）	続柄（	） 職場名（
	③ TEL	名前（	）	続柄（	） 職場名（
迎 え の 日 時	月 日 時 分頃	迎 え の 人	（続柄）		
	月 日 時 分頃	迎 え の 人	（続柄）		
	月 日 時 分頃	迎 え の 人	（続柄）		
	月 日 時 分頃	迎 え の 人	（続柄）		
	月 日 時 分頃	迎 え の 人	（続柄）		
家 族 で 看 護 できない理由	1. 勤務 2. 病気 3. 出産 4. 事故 5. 冠婚葬祭 6. その他（				
食 事 に つ い て	昼食 うどん発注	期日（	／	・	／
	弁当発注	期日（	／	・	／
	昼食・おやつ持参	期日（	／	・	／
※ アレルギーのある方は、昼食及びおやつをご持参ください。					
お薬について	提出書類（ 薬剤情報提供書 ・ お薬手帳 ）				

※各務原市病児・病後児保育事業利用登録申請書（様式第1号）の予防接種又は既往歴について変更があれば実施施設に伝えてください。また、記入後担当者が前日までのお子様の様子をうかがいます。
※感染症には職員一同細心の注意を払って保育いたしますが、他のお子様から感染する可能性もございますのでご了承ください。

与薬依頼及び処置・検査許可書

利用期間中、薬剤情報提供書又はお薬手帳のとおり、与薬をお願いいたします。また、担当医師の判断で
お子様の治療方針を決定すること、体調の変化によって検査及び処置を行うことを許可します。

依頼者（申請者） 氏名_____