様式第２号（第７条関係）

病児保育事業利用申込書

松前町長　　様

年　　月　　日

（保護者記入欄）

利用を希望する事業 □病児事業　□病後児事業　□送迎サービス （希望する事業の□にレを付ける。）				
（ふりがな） 保護者氏名	印	保護者住所	電話　－	
（ふりがな） 対象児童 氏　名		対象児童 生年月日	（　歳　月） 年　月　日	男 女
保護者 連絡先	勤務先 TEL	利用日	年　月　日～ （　日間） 年　月　日	
保育所(園) 幼稚園　名 小学校		登録番号	（事前登録している場合）	

（実施施設長承諾欄）

下記のとおり、利用を承諾します。 利　用　日　　年　月　日～　年　月　日 保護者氏名 対象児童氏名 実施施設名称 施設長　印	
承諾する事業	□病児事業　□病後児事業　□送迎サービス

1　申込者及び実施施設長の印がない場合は、無効とします。

2　この申込書と合わせて、医師連絡票（別紙）を提出してください。

3　医療費は、申込者の負担となります。