

## 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 <input type="checkbox"/> 病児事業 <input type="checkbox"/> 病後児事業 <input type="checkbox"/> 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		保護者住所	電話 ー
(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   <div style="text-align: center;">                     実施施設名称                       施設長                 </div>	
承諾する 事業	<input type="checkbox"/> 病児事業 <input type="checkbox"/> 病後児事業 <input type="checkbox"/> 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。