

年 月 日

休日保育事業実施者 あて

住 所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 () _____

休日保育の利用を希望するので、次のとおり登録いたします。

| | | | |
|---------|-------------------------------|----------------------------------|--------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 児 童 名 | | 性 別 | 男・女 |
| 利 用 理 由 | 父 就労 疾病 看護・介護 通学 その他() | 母 就労 疾病 看護・介護 通学 出産 その他() | |
| 現利用施設名 | ※平日にお子様が入所・利用している施設名をご記入ください。 | | |

※登録児童と同居する方全てについて、以下に記載してください。

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先 (電話番号) | 電話電話 |
|----|----|------|----|---------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|----------------------|-----|----|-------|------|
| 健康保険証 | 記号 | 番号 | 保険者番号 | 名称 |
| | | | | |
| かかりつけの病院 | 病院名 | | 住所 | 電話番号 |
| | | | | |
| 緊急連絡先 (必ず連絡がとれる方) | 氏名 | | 住所 | 電話番号 |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |

上記内容に変更があった場合は、必ず実施園にお知らせください。