

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。