

年 月 日

病児・病後児保育事業利用申請書

病児・病後児保育実施施設長 様

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

対象児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
保護者氏名		住所	
電話番号		勤務先	勤務先名 電話
病名			
家庭で育児できない理由	勤務 ・ 冠婚葬祭 ・ 出産 ・ 病気 ・ その他 ()		
利用予定期間	年 月 日 () ~ 月 日 () 日間		
児童の健康状態及び注意事項			
○食事について (食事制限の有無)			
○その他 (体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと)			

お預かりしている間に、お子様の状態や経過によって、診察が必要となる場合があります。原則、保護者に連絡を致しますが、連絡が取れない時や緊急を要する場合は看護師の判断で受診をする事があります。その際、診察料が必要となる場合があります。

薬の投与に関しては、保護者の依頼があり、処方箋または医師連絡票の処方内容に記載がある場合に限る、看護師での投与を致します。

上記の内容について理解し、同意いたします。

_____年 月 日 保護者氏名 (続柄) ㊟