

病児・病後児保育施設「さくらんぼ」利用申請書

平成 年 月 日

さくら診療所 理事長様

申請者 住所

氏名 印

以下の記載内容のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申請します。
また、記入した個人情報は、実施施設で共有することに同意します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日生
児童氏名				(満 歳 ヶ月・小学 年生)
緊急連絡先	電話 ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
保育状況	保育所(園)名() ・ 幼稚園名() 小学校名() ・ 家庭保育			
かかりつけ 医療機関名	施設名() 電話番号() 担当医師()			
初診日	平成 年 月 日			
利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)			
利用時間	午前 時 分 ~ 午前 時 分 午後 時 分			
申請理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他()			
主な症状	発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 発疹 ・ ぜい鳴 目やに ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ けいれん ・ その他()			
備考				

(同意事項及び注意事項)

1. 利用中は実施施設の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めたときは、診療を受けることに同意します。
2. 事業の実施に当たり必要となった医療費及びその他の実費は、利用者の負担となります。
3. 利用期間及び利用時間を変更する場合は、速やかに申し出てください。