

FAX 済

入力済

病児・病後児保育事業事前登録申請書

登録番号 ()

(あて先) 八代市長
氷川町長

令和 年 月 日

下記のとおり病児・病後児保育事業の登録を申請します。

住 所

保護者氏名

電話番号 () -

ふりがな 児 童 氏 名	愛称 ()			
生 年 月 日	平成・令和	年	月	日生 才
血 液 型	血液型 (RH)			
かかりつけの 病 院 名	①小児科 TEL	⑤皮膚科 TEL	⑥耳鼻科 TEL	⑦整形外科 TEL
	②外 科 TEL	⑧その他 TEL		
	③眼 科 TEL			
	④内 科 TEL			
就 園 先	保育園・幼稚園・小学校・自 宅 (年生)			
生 活 保 護	1. ある		2. ない	
備 考 欄	①どちらかに○をつけてください。 新規登録 (児童票の記入をお願いします) 登録更新 (前年度登録後1年間で罹患した病名:) ②緊急連絡先 父 母 祖父母 その他 () 電話番号 ()			

区分 (料金) 【 】 □