

宝来こども園病後児保育事業利用申込書

申込日 年 月 日			
宝来こども園園長 様			
申込者（保護者）住所 氏名 電話番号			
宝来こども園病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。			
(ふりがな) 児童の氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月

利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
主治医	豊川小児科内科医院 担当医師 豊 川 洋 市 印		
病名			
治療経過及び症状経過			
現在の症状 (該当するものに ○をして下さい)	発熱 発疹 咳嗽 鼻水 鼻閉 咽頭痛 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 眼脂 喘鳴 食欲不振 その他 ()		
注意事項	* お子さんのことで注意することがありましたらご記入下さい。		

宝来こども園病後児保育事業利用申込書

宝来こども園園長 様 申込者（保護者）住所 氏名 電話番号	申込日 年 月 日
宝来こども園病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込めます。	

(ふりがな)			
児童の氏名			
生年月日	年	月	日
	年齢	歳	ヶ月

利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
主治医	帯広徳洲会病院 担当医師 清水 重男 印
病名	
治療経過及び症状経過	
現在の症状 (該当するものに ○をして下さい)	発熱 発疹 咳嗽 鼻水 鼻閉 咽頭痛 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 眼脂 喘鳴 食欲不振 その他 ()
注意事項	* お子さんのことで注意することがありましたらご記入下さい。

宝来こども園病後児保育事業利用申込書

申込日 年 月 日 宝来こども園園長 様 申込者（保護者）住所 氏名 電話番号 宝来こども園病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな)			
児童の氏名			
生年月日	年	月	日
	年齢	歳	ヶ月

利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
主治医	医療法人社団 すずらんの里 おとふけホームケアクリニック 担当医師 阿部郁代 印
病名	
治療経過及び症状経過	
現在の症状 (該当するものに ○をして下さい)	発熱 発疹 咳嗽 鼻水 鼻閉 咽頭痛 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 眼脂 喘鳴 食欲不振 その他 ()
注意事項	* お子さんのことで注意することがありましたらご記入下さい。