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 〇をして下さい）	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	音更こどもクリニック 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 〇をして下さい）	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 〇をして下さい）	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。