

佐伯市病児・病後児保育事業利用申請書

佐伯市長 様

年 月 日

- 1 急変時以外は、かかりつけ医を受診します。
- 2 実施事業者の医師が必要と認めたときは、診療を受けることを承諾します。
- 3 保育者が保護者の代わりに与薬することを承諾します。

申請者 住所
(登録保護者) 氏名

印

以下のとおり、佐伯市病児・病後児保育事業の利用を申請します。

(ふりがな)	男・女	生年月日	登録番号
児童氏名		年 月 日 (歳)	
通所・就学先		保育所(園)・幼稚園・小学校	
緊急連絡先 必ず2か所記入をしてください。勤務先の場合は、職場名と部署名まで記入をしてください。			
①	TEL		
②	TEL		
主な症状			
利用予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
利用を希望する理由			

(医療機関記入欄)

診断日 年 月 日	指示事項
診断名	
医療機関 担当医師	

印

(実施施設記入欄)

佐伯市長 宛て

以下のとおり、当施設の利用を承諾します。

利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

施設名
施設長名

印