

年度 はいしゃさんの保育園 病児保育利用 登録申請書

住所	〒 -		申請者	氏名 子どもからみた続柄		
保護者	父	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
			連絡先	携帯	- -	
		職場	- -			
	勤務先	名称	住所			
	母	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
			連絡先	携帯	- -	
職場		- -				
勤務先	名称	住所				

※同居の世帯員は上記でご記入以外の世帯員のご記入をお願いします

同居の世帯員	氏名	続柄	性別	生年月日
	フリガナ			年 月 日
				(歳)
	フリガナ			年 月 日
				(歳)
	フリガナ			年 月 日
				(歳)
	フリガナ			年 月 日
				(歳)
	フリガナ			年 月 日
				(歳)

※病児保育登録希望されるお子さまの情報については裏面に追加で記載ください

緊急時の連絡先 (3つまで) 勤務先の場合は 会社名の記載を お願いします	① 氏名 (会社名)	児童との関係	電話 ()
	② 氏名 (会社名)	児童との関係	電話 ()
	③ 氏名 (会社名)	児童との関係	電話 ()

申し込み状況等を姫路市・公益財団法人児童育成協会に情報提供することに同意します。

- ・書類への記入事項は個人情報として厳重に取り扱います。
- ・園からの連絡は、基本的にご登録されているLINEもしくは保護者さまの携帯に連絡します。緊急時は緊急連絡先登録の順番にご連絡します。①番にかけてもつながらない場合は②・③の順番にご連絡させていただきますのでご了承ください。

登録 ①	氏名	在籍する保育所
	既往症（今までにかかった病気に印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他）	
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
	<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	予防接種（今までに受けたものに印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合）	
	<input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風混合） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保育上注意してほしいこと		

登録 ②	氏名	在籍する保育所
	既往症（今までにかかった病気に印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他）	
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
	<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	予防接種（今までに受けたものに印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合）	
	<input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風混合） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保育上注意してほしいこと		

登録 ③	氏名	在籍する保育所
	既往症（今までにかかった病気に印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他）	
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
	<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	予防接種（今までに受けたものに印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合）	
	<input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風混合） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保育上注意してほしいこと		

登録 ④	氏名	在籍する保育所
	既往症（今までにかかった病気に印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他）	
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
	<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	予防接種（今までに受けたものに印をつけてください。）	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合）	
	<input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風混合） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保育上注意してほしいこと		