

年 月 日

（宛先）高松市長

申込者（保護者） 住 所

氏 名

電話番号

高松市病児保育事業利用申込書

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

|                                   |                               |        |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------|
| 通所（通園・通学）中の保育所<br>（幼稚園・こども園・小学校）名 |                               |        |
| ふりがな                              |                               | 男      |
| 児 童 氏 名                           |                               | 女      |
| 生年月日（年齢）                          | 年 月 日生（満 歳）                   |        |
| 緊 急 連 絡 先                         | 1氏名                           | 続柄 TEL |
|                                   | 2氏名                           | 続柄 TEL |
| 利用希望期間                            | 年 月 日～ 年 月 日                  |        |
| 利用希望施設                            | トビウメ小児科医院附属病児保育室 子どもの家        |        |
| 症 状（病 名）                          |                               |        |
| 現在通院している医療機関名                     |                               |        |
| 児童を看護できない理由                       | 勤務の都合 傷病 事故 出産 冠婚葬祭<br>その他（ ） |        |

以下については、記入の必要はありません。

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 登録番号 |  | 医師記入欄 |  |
|------|--|-------|--|