

利用登録書兼同意書

下記のとおり病児保育事業を利用したいので登録を申請します。
なお、利用期間中は施設の指示に従います。

ふりがな 児童氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年	年 月 日 (歳 カ月)
在園施設・学校名	Tel — —	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校
父 母 の 住所・氏名・ 勤務先 (連絡先)	住所	〒 —	
	父	ふりがな 氏名 Tel — —	勤務先 Tel — —
	母	ふりがな 氏名 Tel — —	勤務先 Tel — —
かかりつけ 医療機関名	病院・医院 Tel — — 担当医師名 ()		
予 防 接 種 歴	・ B C G : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済) ・ 4種混合 : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) ・ 3種混合 : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) ・ 2種混合 : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) ・ ヒ ブ : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) ・ 小児用肺炎球菌 : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) ・ MR (麻しん・風しん) : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期) ・ 水ぼうそう : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) ・ 日本脳炎 : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加) ・ B型肝炎 : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) ・ ロタウイルス : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) ・ おたふくかぜ : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済) ・ インフルエンザ : (<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済) ・ その他 : ()		
ア レ ル ギ ー 歴	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (<input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> そば) <input type="checkbox"/> その他のアレルギー ()	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん	[家族歴] <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 ()
これまでかかった主な感染症と病気 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> けいれん (熱:有・無) <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()			
お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。			
好きな食べ物		好きな遊び	

この申込書の内容を病児保育事業者 (以下、「事業者」という。) に提供すること、市が事業者より利用状況 (利用月日・病名等) の報告を受けること及び世帯の所得状況を課税台帳等で確認することに同意します。また、市が施設に対し、利用者の利用料金について情報提供することに同意します。

氏名

※市処理欄	登録番号	4月~8月	<input type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> 0円	9月~3月	<input type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> 0円
-------	------	-------	---	-------	---