様式第1号(第8条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付(登録)日 | 年　　月　　日 |
| ※登録番号 |  |

※　この欄は記入しないでください。

伊佐市病児・病後児保育事業利用登録申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  　伊佐市長　様  　伊佐市病児・病後児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。  〒(895―　　　　　)  申請者(保護者)　住所  ふりがな  氏名 | | | | | | |
| 登録児童 | 児童氏名 | 愛称 | 性別 | | 生年月日 | |
| (ふりがな) |  | 男・女 | | 年　　月　　日  (　　歳　　箇月) | |
| 保育所等・学校名 | | | 電話 | |  |
| かかりつけの病院等の名称 | | | 電話 | |  |
| 保護者・緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　父・母・その他(　　　)  勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 携帯電話 | |  |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　父・母・その他(　　　)  勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 携帯電話 | |  |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　父・母・その他(　　　)  勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 携帯電話 | |  |