様式第２号（第８条関係）

草津市病児・病後児保育利用申込書

年　　月　　日

　実施施設長　　　　様

保護者　住所

氏名

電話

　次のとおり病児・病後児保育を利用したいので、草津市病児・病後児保育の実施に関する規則第8条の規定により申し込みます。

　なお、利用期間中は実施施設の長の指示に従い、また、児童の体調の変化により病児・病後児保育が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 年齢 | 歳 | | 保育園（所）名  小学校名 |
| 児童名  生年月日 | 年　　月　　日生 | | | |  |
| 保護者等氏名  (児童は除く) | | | 続柄 | 勤務先 | | | 緊急連絡先 | |
|  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |
| 希望利用期間 | | | | 月　　　日　～　　　　月　　　日 | | | | |
| 現在の児童の状態について（医師に確認のうえ御記入ください。） | | | | | | | | |
| 病　　　名 | |  | | | | | | |
| 主　な　症　状 | | 該当するものに○印、【その他】の人は症状を具体的に御記入ください。  発熱　・　下痢　・　嘔吐　・　咳　・　発疹  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | |

※淡海医療センター　病児保育室　陽だまりは、「現在の児童の状況について」の記入は不要です。「病児保育室　医師意見書」をご利用下さい。