

様式第3号（第8条関係）

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

事業実施者

申請者（保護者）住所

医療法人社団やまなし
病児病後児保育施設ぬくもり

氏名

印

電話

袋井市病児・病後児保育事業実施要綱第8条の規定により、保育について利用したいので申し込みます。

入室日	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		
児童氏名		男・女	年齢： 歳 ヶ月
保育が困難な理由	勤務の都合・傷病・出産・冠婚葬祭 その他 ()		
主な症状	発熱・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・発疹・湿疹 その他 ()		
症状の経過			
昨日から今朝の症状			
使用した薬			

事前登録（利用者番号：)

医師連絡票

健康保険証

特定の医療機関への受診が必要（ はい・いいえ ）

医療機関名：

理由：