

一時預かり事業保育利用申込書

長崎市一時預かり事業
椿が丘保育園

TEL 095-892-0171

FAX 095-892-0221

★初めて利用される方のみ記入してください。

ふりがな お子様の名前	男 女 (愛称)	H 年 月 日生まれ (歳 か月)
在園保育園等名	保育園・幼稚園 (いずれかに○印をつけてください) TEL —	
ふりがな 保護者氏名	家族 構成	父 母 祖父 祖母 兄弟 () 人
住所	(〒 —) TEL —	
父母の勤務先	父:	TEL —
	母:	TEL —
かかりつけ 病院名	病院・医院	TEL — 担当医師名 ()
健康保険 被保険者番号	記号 () 番号 () 被保険者番号 ()	
乳幼児福祉医療 受給者証番号		
アレルギー歴 (○印を該当するところにつけてください)		家族歴
1、気管支炎喘息 2、アトピー性皮膚炎 3、アレルギー性鼻炎 4、じんましん 5、食物アレルギー (ミルク・卵・甲殻類) その他: () 6、その他のアレルギー ()		(どなたがアレルギーか お知らせください) ・アレルギー: ・結核: ・その他:
これまでにかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○をつけてください) 1、突発性発疹症 2、はしか 3、風疹 4、水ぼうそう 5、おたふくかぜ 6、百日咳 7、けいれん (熱性なのか 有 ・ 無) 8、じんましん 9、結核 10、ぜんそく 11、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。		
お子さまの好きな食べ物	お子さまの好きな遊び	

椿が丘保育園 園長 林田英一様

上記の通り、一時預かり事業保育を利用したいので、申し込みます。

なお、利用期間 (時間中等) は、施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名 _____