

様式第1号（第6条関係）

山都町病後児保育登録申込書

年 月 日

山 都 町 長 様

申請者 住 所：

氏 名：

㊞

電話番号：

次のとおり、病後児保育を利用したいので登録を申請します。

ふりがな		男	年 月 日生
お子様の名前		女	(歳 ヶ月)
通園・通学先等			
ふりがな		家族 構成	父・母・祖母・祖父 兄弟姉妹 (人)
保護者氏名			
住所			
保護者の勤務先	父：	TEL	
	母：	TEL	
	その他 ()：	TEL	
アレルギーがあるものに○をつけてください 食物(粉ミルク、牛乳、卵、小麦粉、大豆、そば、ごま、その他()), アトピー性皮膚炎、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、 その他アレルギー ()			
お子様について心配なこと・配慮してほしいことがあれば具体的にお書きください			