

阿賀町病後児保育利用申込書

阿賀町長様

年 月 日

保育を希望する 期間及び時間		期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで
		時 間	時 分 から	時 分 まで
利 用 児 童	氏 名			愛 称
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		
	通園・通学校名	保育園 ( 歳児)		小学校 ( 学年)
	かかりつけ医	医療機関名	所在地【 】電話	
保 護 者	氏 名			
	住 所			
	勤 務 先 名	電 話		
	勤務先住所			
	緊急連絡先①	氏名	電 話	児童との関係【 】
	緊急連絡先②	氏名	電 話	児童との関係【 】
利用する理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
迎えに来られる方	氏名	児童との関係【 】		
お迎えの予定時間	時 分 ころ			
利用料の免除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
摘 要	(特に伝えておきたいことなどがあればご記入ください)			

阿賀町病後児保育室を利用したいので、下記事項に同意し、病後児保育室症状連絡票を添えて、申し込みします。

同 意 事 項

- 1 利用時間を厳守し、利用中は職員の指示に従います。
- 2 病後児保育室は細心の注意を払い事業を実施しますが、保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、町はその責任を負いません。
- 3 利用児童の症状に変化があった場合は、保護者から迎えに来ていただきます。なお、看護師が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえで診察又は救急搬送を行います。また、保護者と連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者が負担します。
- 4 病後児保育室利用料の審査のため、職員が世帯の公的扶助の受給に関する資料の閲覧及び確認を行います。

以上、私は阿賀町病後児保育室の利用にあたり、上記項目に同意します。

署 名 \_\_\_\_\_

