

(表面)

様式第3号 (第8条関係)

病後児保育事業利用申込書

年 月 日

二戸市長 様
(実施施設経由)

(保護者) 住 所
氏 名

㊟

病後児保育事業を利用したいので、二戸市病後児保育事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

実施施設					
ふりがな 児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
疾病等					
利用年月日	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
利用時間	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分				
保育できない理由	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()				

同 意 内 容

- 1 利用中は市及び実施施設職員の指示を守ること。
- 2 病後児保育事業実施施設は、細心の注意を払って病後児保育事業を実施するが、実施施設内で児童同士の感染が起こった場合は、当該病実施施設は責任を負わないこと。
- 3 児童の症状が急激に悪化した場合には、保護者が引き取ること。
- 4 緊急時には、保護者の同意を得ないでも、医療機関での受診、治療、処置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担するものとする。
- 5 利用申込みにおいて知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において、実施施設に提供されること。

以上、私は病後児保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

保護者氏名 (自署)

㊟

(裏面)

二戸市長 様
(実施施設経由)

(医療機関)

所 在 :

名 称 :

担当医師 :

㊟

二戸市病後児保育事業連絡票

二戸市病後児保育事業の利用にあたり、児童の経過等については下記のとおりです。

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名		性 別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日生
	保護者氏名		電 話	
	住 所			
	病後児保育 利用期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		

医師記入欄	傷 病 名	
	病後児保育 の 適 否	適 ・ 否
	治 療 経 過	
	現在の処方	
	病後児保育 における 留意事項	