

野 木 町 長 様

申請者 住 所
(保護者)

氏 名

印

(児童との続柄：

)

野木町病児保育事業利用申請書（病児対応型）

下記の児童について、野木町病児保育事業（病児対応型）を利用したいので、野木町病児保育事業実施要綱第11条の規定に基づき別紙主治医の病児保育事業連絡票を添付のうえ申請します。

児 童	住 所 電 話	()				
	フリガナ		年 月 日生	男	子の愛称	平熱
	氏 名		(歳 ヶ月)	女		℃
利用期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)				
利用施設名		病 名				
在籍園・小学校名		電話番号 ()				
緊急連絡先 (勤務先・携帯番号)	名称	電話番号 ()				
	名称	電話番号 ()				
	名称	電話番号 ()				
お子さんを家庭で 看護できない理由	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない事由 ()					
お迎え予定時間	午前・午後 時 分頃	お迎えに来る人		父・母・その他 ()		
主治医名 (かかりつけ医)	Tel () -					
入室までの経過	(発熱の場合) 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。 使用した ・ 使用していない ・ 使用した場合：() 時に 内服薬 (薬の名前： /量) 座 薬 (薬の名前： /量) その他					
投 薬 (処方箋に限る)	依頼する ・ 依頼しない ※1回分ずつに分けた上で名前を書き、処方内容や服用の間隔が確認できるもの (薬剤情報提供書や薬の袋など) を必ず一緒にお持ちください。					

(裏面の保護者記入欄もご記入ください。)

