

苫小牧市病後児保育事業 利用登録申請書

申請日 令和 年 月 日

○利用者情報

利用児童	ふりがな		生年月日	年齢	性別
	氏名		年 月 日生	歳 ヶ月	男・女
	入所施設	(号認定)		兄弟姉妹の状況 無・有 (人)	
保護者	住所	苫小牧市			電話番号
	続柄	氏名		勤務先名称	
		携帯番号		勤務先電話番号	
	続柄	氏名		勤務先名称	
		携帯番号		勤務先電話番号	

○児童の健康と生育の様子

既往症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他 ()	予防接種	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> ヒブワクチン(1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(1・2・3) <input type="checkbox"/> 三種混合(第1期1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> ポリオ(不活化 1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> ポリオ(生 1・2) <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(1・2)
	健康診断		<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 検診で指導を受けた事柄があればお知らせください。
好きな遊び			
その他お子さんに関して注意してほしいことなどがありますか			

苫小牧市長 様

上記のとおり相違ありませんので、苫小牧市病後児保育事業の登録を申請します。

年 月 日

申込者
(保護者) 氏名 _____

市記入欄