

年 月 日

荒尾市病児・病後児保育事業登録申請書

荒尾市長 様

〒

住 所

保護者名

※署名又は記名押印

電話番号

下記のとおり荒尾市病児・病後児保育事業の登録を申請します。

記

| | | | | | |
|---------------|----------------|----|--------------------------|-----|-------|
| ふりがな 対象児童名 | | 性別 | 男・女 | 愛称 | |
| 生年月日 | 年 月 日生（ 歳） | | | 血液型 | （RH ） |
| かかりつけの 病院名 | ① 小児科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ② 外科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ③ 眼科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ④ 内科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑤ 皮膚科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑥ 耳鼻科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑦ 整形外科 | | <input type="checkbox"/> | | |
| | ⑧ その他 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 就園（学）先 | 保育園・幼稚園・小学校・自宅 | | | | |
| 要望欄 | | | | | |

登録番号（ ）