

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（ ）