

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 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<br>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<br>病 院 名 | ① 小児科 罇<br>② 外 科 罇<br>③ 眼 科 罇<br>④ 内 科 罇<br>⑤ 皮膚科 罇<br>⑥ 耳鼻科 罇<br>⑦ 整形外科 罇<br>⑧ その他 罇 |    |     |     |       |
| 就園（学）先          | 保育園・幼稚園・小学校・自宅                                                                        |    |     |     |       |
| 要 望 欄           |                                                                                       |    |     |     |       |

登録番号（ ）