

岡崎げんき館病後期一時託児事業利用申込書

申込日令和 年 月 日

(宛 先) 岡 崎 市 長

申込者（保護者）住 所

氏 名

（本人が手書きをしない場合は記名押印してください。）

電話番号

緊急連絡先

岡崎げんき館病後期一時託児事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな				性別	男 女
児童の氏名				学校名	小学校 幼稚園 保育園
生年月日	年 月 日	年 齢	歳 箇月		
主 治 医	病院・医院 担当医				
利用予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）				
今回の 病気について	病 名			今朝の体温	℃
	昨日までの症状（当てはまるものに○をつけて下さい。） 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他（ ）				
	投薬依頼の有無	有・無			
注意事項	*お子さんの事で注意することがありましたらご記入下さい。				

添付書類
岡崎げんき館病後期一時託児事業連絡票（様式第 2 号）

利用日 確認欄	利用日							
	担当印							