様式第１号

病児・病後児保育事業事前登録申請書

登録番号（　　）

（あて先）八　代　市　長

平成　　年　　月　　日

下記のとおり病児・病後児保育事業の登録を申請します。

住　　所　　八代市

保護者氏名

電 話 番 号　　（　　）　　－

ふりがな 児　童　氏　名	愛称（　　）
生　年　月　日 血　液　型	平成　　年　　月　　日生　　才 血液型　　（ＲＨ　　）
かかりつけの 病　院　名	①小児科　TEL　⑤皮膚科　TEL ②外　科　TEL　⑥耳鼻科　TEL ③眼　科　TEL　⑦整形外科　TEL ④内　科　TEL　⑧その他　TEL
就　園　先	保育園・幼稚園・小学校・自　宅 （　　年生）
生　活　保　護	１．ある　　２．ない
備　考　欄	①どちらかに○をつけてください。 新規登録（児童票の記入をお願いします） 登録更新（前年度登録後１年間で罹患した病名：　　） ②緊急連絡先　　父　　母　　祖父母　　その他（　　） 電話番号（　　）

区分（料金）【　　】