

別記様式第1号（第9条関係）

※受付（登録）日	年 月 日
※登録番号	

小平市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

小平市長 殿

申請者 住所  
氏名 ㊟  
電話番号（自宅）

次のとおり病児・病後児保育事業の利用の登録を申請します。

児 童	ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日 ( 歳 月 )
	通園施設名	電話番号 ( )		
	主治医氏名 (医 院 名)	電話番号 ( )		
保 護 者	氏名	( 歳 ) ・続柄 (父・その他 )		
	氏名	( 歳 ) ・続柄 (母・その他 )		
	勤務先住所 ( — )			
	勤務先電話番号 ( )		勤務先名	
	緊 急 の 連 絡 先	父 (その他 )	電話番号 ( )	
母 (その他 )		電話番号 ( )		

※確認者サイン	保育課：
---------	------