

送迎付病児保育室エルダーフラワー 利用登録申込書

申込日 20 年 月 日

次のとおり、送迎付病児保育室エルダーフラワーの利用登録を申し込みます。なお、利用にあたっては施設の定めるサービス内容について承諾します。

申請者

氏名	(フリガナ)	電話番号	
住所	〒		
	勤務先名		勤務先番号
その他の連絡先	氏名		電話番号
	勤務先名		勤務先番号
メールアドレス			

利用児童

氏名	(フリガナ)	生年月日	20 年 月 日 (歳 ヶ月)
性別		愛称	
住所	※申請者と異なる場合のみ 〒		
通園・通学施設		電話番号	
かかりつけ 医療機関等	名称		担当医師名
	所在地		
平熱	() °C		
アレルギー	なし・あり ()		
既往症	なし・あり (水ぼうそう・おたふく・熱性けいれん・喘息・食物アレルギー・突発性発疹・川崎病・B型肝炎(キャリア含)・その他→ ()		
常用薬	なし・あり ()		
麻疹風疹混合 (MR)	1回 ・ 2回 ・ 未接種		

裏面に続く

