

病後児デイリーサービスセンター利用申込書

平成 年 月 日

病後児デイリーサービスセンター 施設長 様

利用希望施設名	よいこのもり ・ たけの子	
(ふりがな) 児 童 名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 歳
保育園など	保育園 ・ 幼稚園在園 / 在宅	
保護者氏名		
保護者連絡先	勤務先名	☎ -
	携帯電話番号	- -
	自宅住所	☎ -
利用の理由		
利用予定期間	月 日 ~ 月 日 の 日間	
主治医名	☎ -	
保険証番号		
緊急時の診察 について	・ 承諾いたします 署名 ・ 承諾いたしません	

- 1 太線の枠の中を記入して下さい。
- 2 「緊急時の診察について」承諾の可否を記入し、承諾いただける場合は、署名をお願いします。