

一時預かり利用申請書(一時利用)

申請日 年 月 日

保育園 きぼうのつばさ
施設長 様

住所

氏名

次のとおり一時預かりを利用したいので申請します。

ふりがな 児 童 名		生年月日	年	月	日生
ふりがな 児 童 名		生年月日	年	月	日生
保 護 者 名		住 所			
		自宅電話			
利用年月日 及び時間	年	月			
	日 ()	:	～	:	日 () : ~ :
	日 ()	:	～	:	日 () : ~ :
	日 ()	:	～	:	日 () : ~ :
利 用 理 由	(1) 労働 (2) 職業訓練 (3) 就学 (4) ボランティア活動 (5) 傷病 (6) 出産 (7) 看護・介護 (8) 事故 (9) 冠婚葬祭 (10) 学校行事 (11) 引越し (12) その他 ()				

連絡先氏名(続柄)及び電話番号	(続柄:)	電話番号	
緊急連絡先氏名(続柄)及び電話番号	(続柄:)	電話番号	

◎健康調査票 (＊お子様の健康状態について、御記入をお願い致します)

児 童 名	氏 名	続 柄	平 熱	食物アレルギー	熱性痙攣	血 液 型	体 重
	男・女		℃	無・有	無・有	A・B・O・AB・不明	kg
	男・女		℃	無・有	無・有	A・B・O・AB・不明	kg

■既往歴および罹りやすい病気等 (＊上記内容につきまして、該当欄に詳細の御記入をお願い致します)

児童名		かかりつけ病院名		TEL番号	
食物アレルギー	無・有：				
生まれつきの病気	無・有 病名：				
熱性痙攣	無・有 回数： 回(初回 才 ヶ月頃・最後 才 ヶ月頃)				
既往歴	喘息・てんかん・ひきつけ・脱臼(部位：) その他：				

■既往歴および罹りやすい病気等 (＊上記内容につきまして、該当欄に詳細の御記入をお願い致します)

児童名		かかりつけ病院名		TEL番号	
食物アレルギー	無・有：				
生まれつきの病気	無・有 病名：				
熱性痙攣	無・有 回数： 回(初回 才 ヶ月頃・最後 才 ヶ月頃)				
既往歴	喘息・てんかん・ひきつけ・脱臼(部位：) その他：				

■その他

お子様の健康や発育等に関して、園で注意してほしいこと、伝えておきたいことがございましたら御記入ください。
--

私は、保育園きぼうのたから・きぼうのつばさの利用に当たって、上記内容を確認し、同意いたしました。
※保護者よりご提供いただいた個人情報、および園での保育記録(写真など)については、適切に管理し、取り扱います。

年 月 日

御署名

※処理欄(記入しないでください)

決 定	可・否 (却下の理由等)
備考	