

一時預かり事業登録書

平成 年 月 日

保護者 住所 豊後高田市

氏名 印

電話番号

一時預かりの利用について、下記のとおり申込みします。

また、利用者が豊後高田市の住民であるかの確認を住民基本台帳等によって確認することに同意いたします。

ふりがな お子さん名前		男・女	生年月日	平成 年 月 日生(歳 ヶ月)	
児童の愛称		血液型	A・B・O・AB(RH 型)	保険証の確認	有・無
登園先名	園	かかりつけ の病院	TEL - -	アレルギー	(有・無)
これまでにかかった 病気に○をつけてく ださい	・はしか ・風疹 ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・百日咳 ・咽頭結膜炎(プール熱) ・突発性発疹 ・熱性けいれん ・手足口病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肺炎 ・喘息				
登録する お子さん以外 の家族の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先名(学校・園)
			年 月 日		TEL - -
			年 月 日		TEL - -
			年 月 日		TEL - -
			年 月 日		TEL - -
緊急連絡先	1. 氏名 携帯		2. 氏名 携帯		
その他					