

# 一時預かり事業登録書

令和 年 月 日

NPO法人アンジュ・ママン理事長 様

保護者 住 所

氏 名

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。

ふりがな お子さん名前		男・女	生年月日	平成 令和	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	勤務先名 (学校名)	電話番号	
			年 月 日		TEL - -	
			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		
市内在住の 祖父母等 ※利用児童が 市外在住の場合 (里帰り出産等)	氏 名	生年月日	住所		電話番号	
	(続柄: )	年 月 日	豊後高田市		- -	