

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。

本人確認(保護者)	マイナンバーカード・免許証・保険証・その他
本人確認(子ども)	マイナンバーカード・保険証・子ども医療費受給資格者証・その他

※スタッフ記入欄()

ふりがな		男・女	生年月日	平成	年	月	日生	歳
お子さん名前				令和				ヶ月
児童の愛称		かかりつけの病院						
		電話番号		TEL	-	-		
登園先名	園	血液型	A・B O・AB (RH 型)	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) ・喘息 ・突発性発疹 ・熱性けいれん ・手足口病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肺炎 ・その他()							
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	-	-	
緊急連絡先	1. 氏名 (続柄)		2. 氏名 (続柄)					
	携帯 - -		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		TEL	-	-	