

2019年度古川橋なの花保育園 病後児保育利用登録書

株式会社 太成堂

年 月 日

申請者（保護者）住所

氏名

電話

病児・病後児保育事業を利用するにあたり、以下のとおり登録申請します。

登録児童氏名	性別	生年月日	在園保育園	お子様の愛称
	男	年 月 日生		
	女	歳 ケ月		

連絡先 順位	保護者等の氏名 ふりがな		※緊急連絡先	
			自宅及び携帯電話	勤務先、祖父母宅など ※固定電話をご記入下さい
	第1	ふりがな (続 柄)	自 宅：	名称：
			携帯電話：	電話：
	第2	ふりがな (続 柄)	自 宅：	名称：
			携帯電話：	電話：
	第3	ふりがな (続 柄)	自 宅：	名称：
			携帯電話：	電話：

※保護者などの緊急連絡先（確実に連絡がつくようにしておいてください。）

※登録は、満4ヶ月以降からになります。（ご利用は満4か月からになります。）

※登録書（児童票）は申込児童1人につき1枚ずつご記入ください。

※裏面の児童票もご記入ください。