

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	<small>ふりがな</small> 保護者等の氏名		※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。