

様式第 4 号

岩美町乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

年 月 日

岩美町長 様

住所
申請者(保護者) 氏名
電話

岩美町乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので、下記の通り申し込みます。
なお、利用にあたっては、下記事項に同意します。

記

(ふりがな)		男・女	登録番号	
児童の氏名			生年月日	年 月 日(歳)
今回の病気	病名			
	医療機関		主治医名	
利用を希望する期間及び時間	年 月 日() ~ 年 月 日()			
	時 分 ~ 時 分			
当日の緊急連絡先	氏名		電話番号	
	勤務先名		(携帯)	
今回の申請理由	1. 就労 2. 傷病 3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他 ()			
備考				

岩美病院の医師の意見	上記児童は、健康状態等から本事業の利用が（可能・不可能）と考えられます。			
	(利用にあたり参考となる所見等) 医師名			

1. 病状連絡票の写しを、岩美病院で保管すること。
2. 細心の注意を払い感染対策を行っても、やむを得ず児童が感染症にかかる可能性があること。
3. 当事業利用にあたっての指示事項。