

様式第4号(第7条関係)

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

智頭町長 様

住所
申請者 氏名 印
電話

病児・病後児保育事業を利用したいので、下記のとおり申し込みます。
なお、病状連絡票の写しを、智頭病院で保管することを承諾します。

記

(ふりがな)		男	登録番号	
児童の 氏名		・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
今回の病気	病名			
	医療機関名		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	
	勤務先等		(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				

智頭病院の 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			
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin: 0 auto;"></div>			
	医師名			印