

富士吉田市長 様

保護者住所
 保護者氏名 ⑥
 児童名
 連絡先

富士吉田市立病後児保育室利用申請書

保護者が、1. 仕事 2. 病気 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他
 () のため、病後児保育室を利用したいので申請します。

なお、状態の変化により保育中に受診が必要な場合は保護者が対応します。

また、緊急時の対応は園に一任することに同意します。

<p>利用施設 ※利用する施設をチェックしてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 病後児保育室（第五保育園内）</p> <p><input type="checkbox"/> 病後児保育室（第七保育園内）</p>
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
通学・通園先	電話 - -
お迎えに来る方の氏名	続柄
お迎え時刻	時 分

<p>栄養</p>	<p>母乳・混合 人工乳 時間ごと ml ミルクの銘柄 _____ 離乳食（初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 幼児食 ） 普通食 アレルギーの有無（ なし ・ あり ） その他偏食等（ なし ・ あり ）</p>
	<p>生活の様子</p> <p>食事：一人で食べる（ 可 ・ 不可 ）、箸で食べる 排泄：おむつ（ 紙 ・ 布 ）、おまる ：トイレに大人がつく、 ：自立 ：排泄後の始末（ 可 ・ 不可 ）、 ：排便（ 毎日 ・ 日ごと） 睡眠：添い寝 ・ 一人寝 ・ その他 ：寝るときのお気に入りのもの（ ）</p>

医師証明書

児童氏名 _____

◎現在の投薬状況 日中の内服 なし ・ あり

年 月 日 から富士吉田市立病後児保育室を利用して
よいことを証明します。

病名

年 月 日

医療機関名

医師名

印

利 用	承認する	承認しない (承認しない理由)
利用期間	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
認 定 日	年 月 日	