

学童短時間預かりサービス事前登録申請書

山口大学医学部附属病院
保育所運営委員会委員長 殿

令和 年 月 日

所属・職種

氏 名

印

※押印または自筆署名

ふりがな		性 別	血液型	生 年 月 日	通学中の小学校(何年生)
児童名		男・女		令和 年 月 日	小学校 (年生)

--	--

誓 約 事 項

利用に際しては、当保育所利用要項及び保育所の指示を遵守します。

現住所		電 話 番 号	自宅:() - 携帯: 職場内線:
-----	--	---------	--------------------------

家 族 構 成

続 柄	氏 名	生年月日	勤務先の名称	勤務先の電話 及び携帯電話	勤務時間
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	

緊急時の 連絡先	氏 名	緊急時の連絡先	保険証の種類と番号	
			通所方法	自家用車・自転車・バス・徒歩
				その他()
			送迎者	

既往歴

かかりつけ医

お子様を知るためのアンケートにご協力ください。

①いつもどの様に(愛称)呼ばれていますか？

() ちゃん／くん

③どんな性格(気質)だと思われますか？

④ご家庭でしつけや遊びなど、特にきをつけていることがあれば教えて下さい。

⑤健康状態を教えてください。

・平熱 °C

⑥特に気をつけること、気がかりなことなどございましたら、お聞かせください。

山口大学医学部附属病院
保育所運営委員会委員長 殿

○○