

飯田市病児保育施設「おひさまはるる」実施（当日）申込書

病児保育施設 おひさまはるる

飯田市病児保育事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

保護者氏名

㊞

記

児 童 氏 名			ふりがな () 性 別 (男 ・ 女)	
緊急時の連絡先	(氏名 続柄)		①	- -
			②	- -
希 望 日 時	令和 年 月 日 ()			
	時 分 ~		時 分	
家庭で保育 できない理由	1 保護者の就労・就学等 2 保護者の傷病・災害・事故・出産・看護・介護 3 保護者の冠婚葬祭・心身の負担解消 4 その他			
病 名		症 状		
今日の健康状態	1 発症 月 日 () 昨夜の熱 ℃ 今朝の熱 ℃ 2 症状 咳 多い・少ない・なし 鼻水 多い・少ない・なし 機嫌 よい・普通・悪い 食欲 あり・普通・なし 便 普通・軟便・下痢 嘔吐 あり (回) ・なし 睡眠 良い・不眠 (時~ 時)			
家庭からの連絡				
お迎えに来る方	氏名 ()		児童との続柄 ()	
お迎えに来た方	氏 名 ()	お迎えに来た時間	時 分	
実際の保育時間	時 分 ~		時 分まで	
時間区分	5時間未満	5時間以上	給食の有無 (実費)	有 ・ 無
備 考	飯田市 ・ 町 ・ 村			
施設記入欄	看護師	保育士	保育料	円 発行日 令和 年 月 日