

池田町病後児保育事業利用申請書

申込日 年 月 日	
池田町長 様	
申請者(保護者) 住 所 池田町字 _____	
氏 名 _____	
緊急連絡先・電話番号 _____	
池田町病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。	
(ふりがな) 児童氏名	
生年月日	年 月 日
治療経過及び 症状経過	
現在の症状 (該当するものに ○をして下さい)	発熱 発疹 咳嗽 鼻水 鼻閉 咽頭痛 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 眼脂 喘鳴 食欲不振 その他()
注意事項	*お子さんのことで注意することや要望等がありましたらご記入下さい。