

# 大府あおぞら有床クリニック病児保育申込書

大府あおぞら有床クリニック 殿

貴施設の病児保育を利用したいので、下記の事項について誓約します。

## 記

1. 病児保育の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
2. 利用者の現在状況は、利用者状況(裏面)および受診時の問診とおりに相違ありません。
3. 医師が必要と認めた時は、申込み時及び病児保育中に診療を受けることを承諾します。
4. 事業実施者において、児童の状態が変化して病児保育での対応が困難と認めたとき又は事業利用を不相当と認めた時は、病児保育の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ (保護者)氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

利用事由(保護者の状況)について、該当するところに○をつけてください	
1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他( _____ )	
利用期間	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )
利用時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
送迎者	(送り) _____ (迎え) _____

## 【緊急連絡先】

	保護者氏名・職場等	続柄	電話番号
①			
②			
③			
④			