

承認番号

休日保育利用申込書(休日保育利用者登録台帳)

申込 児童	ふりがな		生年月日	年 月 日生			年 齢	性 別
	氏 名			歳			男・女	
入所保育所名		(平日に通っている保育所) 保育園 (担当保育士)	入所児童の送迎(休日保育)					
			送 迎	登 園		退 園		
			時 間	午前	時 分頃	午後	時 分頃	
緊急時の連絡先			送迎者	父 ・ 母		父 ・ 母		
氏 名 : (続柄) (携帯)電話:				その他()		その他()		

申 込 理 由	世帯の休日就労者の氏名	続柄	勤務先	休日の勤務時間		
				名称:	午前	時
休日の就労		父	(TEL -)	午後	時	分まで
		母	(TEL -)	午後	時	分まで
			(TEL -)	午後	時	分まで
その他の理由	(具体的に記載すること)					

年 月 日

宛先 (保育園)園長宛て

上記のとおり相違ありませんので、休日保育の利用を申し込みます。

住所 江別市

申込書 (保護者) 氏 名

(電 話 -)

※裏面の健康等調査票も記入してください。

.....※以下は記入しないでください。.....

決定年月日	年 月 日	【処理】 <input type="checkbox"/> 実施園通知 <input type="checkbox"/> 就労審査済 <input type="checkbox"/> 登録処理 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 決定通知	【備考】
利用開始年月日	年 月 日		
利用解除年月日	年 月 日		

園長			受付者

休日保育利用申込児童の健康等調査票

健康保険証	種 類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他			既往症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他()	
	記 号		番 号				
血液型				平熱	℃	予 防 接 種	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 三種混合(1回目・2回目・3回目・4回目)
かかりつけの病院				電話	—		
今までに受けた検診					治療中の病気や特に注意すること		
<input type="checkbox"/> 4カ月 <input type="checkbox"/> 10カ月 <input type="checkbox"/> 1歳6カ月 <input type="checkbox"/> 3歳							
ひきつけを起こしたこと がありますか？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (どういとき:)				
アトピー性皮膚炎		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (どんな症状ですか:)				
その他アレルギー 食事制限		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (どんな症状ですか:)				
言葉は、はっきり		<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない (喃語・片語・幼児語)			人見知り	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
食 事	0 歳	<input type="checkbox"/> 母 乳 1日(回)		1歳以上	一人で	<input type="checkbox"/> スプーンを使う	
		<input type="checkbox"/> ミルク 1日(回 cc)				<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> はしを使う	
		<input type="checkbox"/> 混合				<input type="checkbox"/> 食べられない	
		<input type="checkbox"/> 離乳食 1日(回)				好きなもの()	
						嫌いなもの()	
睡 眠	・睡眠時間 時 分 ~ 時 分 ・昼寝 <input type="checkbox"/> する(時間位) <input type="checkbox"/> しない ・寝るときのくせ()						
排 泄	・排泄方法 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 出たら知らせる <input type="checkbox"/> 自立 ・大 便 <input type="checkbox"/> 1日 回(<input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 決まっていない) ・小 便 間隔は何時間おきくらいですか (時間) ・おねしょ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> ときどきする						
その他、お子さんに関して注意してほしいことなどがありますか？							

※メモ	