

# 記入例

4/1現在の年齢を  
記入願います。

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	えべつ じろう	生年 月日	平成30年 5月 10日生	年齢	性別
	氏名	江別 次郎			1歳	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
入所保育所名	(平日に通っている保育所)		入所児童の送迎(休日保育)			
	〇〇〇 保育園 (担当保育士 高砂 育子)		送迎 時間	登園 午前 7時 50分頃	退園 午後 4時 30分頃	
緊急時の連絡先			送迎者	父 <input type="radio"/> 母 <input checked="" type="radio"/> その他( )	父 <input type="radio"/> 母 <input checked="" type="radio"/> その他( )	
氏名: 江別 花子 (続柄 母) (携帯)電話: 381-1030						

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	
				午前	午後
休日の就労	江別 一郎	父	名称:〇〇商事 (TEL 381-1070)	午前 8時 45分から	午後 5時 30分まで
	江別 花子	母	名称:△△株式会社 (TEL 381-1030)	午前 9時 00分から	午後 4時 00分まで
	江別 八十	祖母	名称:□□株式会社 (TEL 382-4141)	午前 9時 45分から	午後 4時 00分まで
その他の理由	(具体的に記載すること)				

承認通知受領後、実際の利用日を実施園または入所園へ申込みください。

令和4年 4月 1日  
 休日保育利用希望施設 ( 江別 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 高砂町6番地 江別アパート103号  
 申込書 氏名 江別 太郎  
 (保護者) (電話 381-1111)

※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

( 裏 面 )

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> おたふく
	記 号	札〇2△□	番号	111		<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> その他( )	
血液型	△ 型		平熱	36.5℃	予 防 接 種	<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 風疹
かかりつけの病院	△ △ 小 児 科 電話 381-△△△△			<input type="checkbox"/> ポリオ		<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> おたふく	
今までに受けた検診 <input checked="" type="checkbox"/> 4カ月 <input type="checkbox"/> 10カ月 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6カ月 <input type="checkbox"/> 3歳					治療中の病気や特に注意すること			
ひきつけを起こしたこと がありますか？		<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (どういとき: )					
		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (どういとき: )					
アトピー性皮膚炎		<input checked="" 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		<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある (どんな症状ですか: <b>じんましん</b> )					
食事制限		<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある (食物名: <b>ピーナッツ</b> )					
言葉は、はっきり		<input type="checkbox"/> している	<input checked="" type="checkbox"/> していない (喃語・片語・幼児語)			人見知り	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 食べられる	<input type="checkbox"/> スプーンを使う	
		<input type="checkbox"/> ミルク 1日( 回 cc)		<input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> はしを使う			
		<input type="checkbox"/> 混合			好きなもの( <b>カレーライス</b> )			
		<input type="checkbox"/> 離乳食 1日( 回)			嫌いなもの( <b>ピーマン</b> )			
睡 眠	・睡眠時間 <b>20時 00分</b> ~ <b>7時 00分</b>		・昼寝	<input checked="" type="checkbox"/> する( 時間位)		<input type="checkbox"/> しない		
		・寝るときのくせ( <b>指しゃぶり</b> )						
排 泄	・排泄方法	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1日	<b>1</b> 回(□午前 時頃 □午後 時頃	<input checked="" 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 ( <b>3~4</b> 時間)						
	・おねしょ	<input checked="" 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
-----
-----