

令和7年4月1日改定

登録番号				
------	--	--	--	--

きっずらぼ病児保育室 事前登録票

記入日： 年 月 日		重要事項説明書等の動画をご覧になりましたか？ (はい・いいえ)		
フリガナ			性別	生年月日
児童氏名			男・女 回答なし	西暦 年 月 日
住所	〒			
平熱	°C	血液型	型 (+-)	普通の保育状況 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 自宅
非課税世帯等の場合利用料金に変動があります		生活保護世帯	該当・非該当	住民税非課税等世帯 該当・非該当
利用時に、課税や受給状況の変更が生じていた場合には病児保育室へお知らせいたします。				<input type="checkbox"/> 同意する
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号	
緊急連絡先※ご連絡がしやすい順にご記入ください。				
	(フリガナ) 氏名	続柄	電話番号	備考(職場名・呼出名など) ※必ず連絡が取れるよう記載してください。
1	()		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	
			職場	
2	()		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	
			職場	
3	()		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	
			職場	
連絡メール※利用時に必要な書類の変更などがあった場合に連絡させていただきます。				
	(フリガナ) 氏名	続柄	メールアドレス ※確実に受信できるアドレスをご記入ください。	
	()			

キッズラボボールパークこども園在園児のお子様のみ、以下ご記入ください。				
在籍クラス	<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 4歳 <input type="checkbox"/> 5歳			
通常保育中の病児保育切替利用の際、病院付き添い代行を希望する。				はい ・ いいえ
「はい」の方は以下をご確認のうえ、ご署名ください。				
通常保育中での体調不良時、当日の病児保育利用を希望する場合に限り、保護者の希望に応じてこども園職員が園児の病院付き添いを代行します。病児保育利用を目的とするこども園から医療機関までの移動についてはタクシーを使用し、後日実費を頂戴いたします。なお、受診時に医師より保護者の来院および病児保育利用不可の指示を受けた際は即時お迎えをお願いすることをご了承ください。				
上記了承し、病院付き添い代行を依頼する。			保護者名：	印