

年度登録

登録番号No.

清瀬市病後児保育利用登録申込書

西暦 年 月 日

きよせ保育園病後児保育室殿

申込者(保護者)氏名 ㊞

住所

電話

清瀬市病後児保育の利用の登録を次のとおり申し込みます。

登録児童名(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
	男・女	西暦 年 月 日生	歳児クラス
現在通所している施設	電話		
かかりつけ医療機関	電話		

緊急連絡先

氏名	続柄	連絡先(職場・携帯等)
	父	
	母	