

一時預かり保育申込書

申込日 年 月 日

月 分

保護者氏名 _____ 印

利用希望日	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td></tr> </table>																1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																																	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																		
利用希望時間	午前・午後				時	分	～	午前・午後				時	分																																			
児童名	(ふりがな)						生年月日			年齢																																						
	男・女						年	月	日	歳	ヶ月																																					
住所																																																
送迎者	送	(氏名)					迎	(氏名)																																								
把握事項	健康	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (連絡体温 ℃)					緊急連絡先	(氏名) _____																																								
		<input type="checkbox"/> アレルギー体質 ()						① (続柄) _____																																								
		<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい ()						(Tel) _____																																								
		<input type="checkbox"/> その他																																														
	食事	ミルク	1回の量 (cc)			かかりつけ病院																																										
			時間間隔 (時間ごと)																																													
		<input type="checkbox"/> 食べさせている									(氏名) _____																																					
	<input type="checkbox"/> 一人で食べる										② (続柄) _____																																					
											(Tel) _____																																					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 午前寝をする (時頃)									かかりつけ病院																																					
		<input type="checkbox"/> お昼寝をしない														(病院名) _____																																
		<input type="checkbox"/> お昼寝をする (時頃)														(住所) _____																																
* 寝かせ方 _____																																																
* 寝る時のくせ _____																																																
排泄	<input type="checkbox"/> 紙おむつ															(Tel) _____																																
	<input type="checkbox"/> 紙パンツ																																															
	<input type="checkbox"/> 布パンツ																																															
* 家庭からの連絡																																																

利用日	合計日数	利用料金	受付者	施設長
年 月 日 ~ 日	/			