

様式第1号（第7条関係）

長洲町病児及び病後児保育事業登録申請書

年 月 日

長洲町長 様

住 所
申請者名 印
電話番号

下記のとおり長洲町病児及び病後児保育事業の登録を申請します。

記

ふりがな 児 童 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)	血 液 型	(RH)
かかりつけの 病 院 名	①小児科 TEL ②外科 TEL ③眼科 TEL ④内科 TEL ⑤皮膚科 TEL ⑥耳鼻科 TEL ⑦整形外科 TEL ⑧その他 TEL		
就 園 先	保育所（園）・幼稚園・小学校・自宅		
要 望 欄			

登録番号 ()