

鎌倉市病後児保育事業利用申込書

平成 年 月 日	
(あて先) 鎌倉市長 (病後児保育実施施設長)	
申請者 住 所 (保護者) 氏 名 連絡先 ( ) -	
次のとおり鎌倉市病後児保育事業の利用を申し込みます。また、下記の記載内容を実施施設で利用すること、利用状況等の報告を市が受けることに同意します。なお、利用に当たっては、実施施設の指示に従います。	
刀ガナ 対象児童氏名	男・女 (平成 年 月 日生)
通園施設名等	施設名： 電話：
利用理由 (保護者の状況)	就労 疾病 事故 出産 冠婚葬祭 その他 ( )
かかりつけの医療機 関(主治医)	医療機関名： 担当医師： 所在地： 電話：
緊急連絡先 (確実に連絡がとれ るところ)	氏名： (児童との続柄 ) 勤務先住所： 電話：
	氏名： (児童との続柄 ) 勤務先住所： 電話：
利用期間・時間	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( ) (実質 日間)
	午前 時 分 ~ 午後 時 分

裏面も記入をお願いします

本事業の利用を申し込みするに当たり、別紙・幼児児童状況調査票に必要項目を記入し、併せて鎌倉市病後児保育実施施設利用連絡票を添付のうえ提出してください。