

# 病児保育マザーリング利用申請書兼承諾書

病児保育マザーリングの利用を次の通り申請します。

この申請書を実施施設で使用すること及び市が、実施施設より利用状況（利用年月日、病名）の報告を受ける事に同意します。

年 月 日

(宛先) プリスクールマザーリング園長 殿

申請者（保護者） 住所

氏名

印

申請児童名	性別	生年月日	愛称
	男 女	年 月 日生 歳 ヶ月	
保護者及び家族	氏名	続柄	連絡先（自宅）
			TEL
			TEL
			TEL
保育所（園）名		TEL	
主治医名		TEL	
子どもの健康状態及び注意事項			
◎食事について（食事制限の有無）			
◎その他、必要とする配慮事項や障がいがあれば記入してください。			

○利用料： 円	○利用開始日： 年 月 日
---------	---------------

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月 日

園長	係