

利用登録申請書

かかりつけ医：

あいくる病児保育室

フリガナ		愛称	兄弟関係
お名前	男・女		第 子/ 人中
生年月日	年 月 日	生まれ (歳 ヲ月)	
小学校・幼稚園・保育園		自宅番号	- -
住所			
緊急連絡先	氏名	続柄	勤務先名・番号
		父	() - -
		母	() - -
			() - -
			携帯番号
			- -
			- -
			- -

同意書

*各項目をよく読み☑チェックをお願い致します。

- 保育室のご利用状況（定員など）や、受け入れ時の病状により入室をお断りすることがあります。
- 入室中の病状の変化により、お迎えをお願いすることがあります。
- 病児間での感染防止には最大限注意をしますが、感染を防げない場合もあります。
- お迎えの方が変更になる場合は必ずご連絡ください。
確認が取れない場合はお子様をお渡しすることが出来ません。
- 無断キャンセルやお迎えの遅刻が続く場合は、ご利用をお断りすることがあります。

日付 年 月 日

保護者サイン
