様式第１号（第７条関係）

（表面）

　 　　　年 　　月　 　日

　　東松山市長　　宛て

休日保育利用登録申込書

　休日保育事業の利用に係る登録を受けたいので、東松山市休日保育事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申し込みます。また、東松山市が児童に関して必要に応じて入所している施設から利用状況について報告を受けること及び休日保育の利用状況を入所している施設に報告することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者  （保護者） | 氏　名 | |  | | | | | 自宅  電話 | |  | | | |  | 登録番号 | | | ※ |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | 登録日 | | | . . ※ |
| 登録児童 | ふりがな | |  | | | | | | 生年月日 | | | | | | 性別 | | | 年　齢 |
| 氏　名 | |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |  | | | 歳　　月 |
| 入所施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ  医療機関 | 小児科 | |  | | | | | | | | | 電　話 | | | |  | | |
| 科 | |  | | | | | | | | | 電　話 | | | |  | | |
| 保護者  連絡先 | 氏　名 | |  | | | | | | | 氏　名 | |  | | | | | | |
| 携帯電話 | |  | | | | | | | 携帯電話 | |  | | | | | | |
| 勤  務  先 | 名称 |  | | | | | | | 勤  務  先 | 名称 |  | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | 電話 |  | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 氏　名 | | | （続柄　　　） | | | | | | 電　話 | | | |  | | |
| 氏　名 | | | （続柄　　　） | | | | | | 電　話 | | | |  | | |
| 緊急連絡先には、勤務先及び保護者以外の親族等を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者・  登録児童  以外の  同居家族 | 氏　名 | | | 年齢 | 続柄 | | 通学・通勤先等 | | | 氏　名 | | | 年齢 | | 続柄 | | 通学・通勤先等 | |
|  | | |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |

※印欄には記入しないでください。

【承諾書】

保育中のけが及び病気について

休日保育中に、けが、発熱等により医師の治療が必要と思われる場合において、保護者と連絡がつかないときは、保育園側の判断により、医療機関等にて受診の上、医師に治療を依頼することを承諾します。

　　　　年　　月　　日

【保護者　親権者（続柄：　　　　）】

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　(※)

【保護者　親権者（続柄：　　　　）】

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　(※)

(※)署名又は記名押印してください（氏名が自署の場合は押印不要）。

（裏面）

**健康保険証・こども医療費受給資格証のコピーを**

**ここに添付してください。**