

## 病児等保育事業利用申込書

年 月 日

二戸市長 様

(保護者) 住 所  
氏 名

病児等保育事業（病児保育・病後児保育）を利用したいので、二戸市病児等保育施設条例施行規則第4条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

実施施設					
ふりがな 児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
疾病等					
利用年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)				
利用時間	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分				
保育できない理由	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

## 同 意 内 容

- 1 利用中は、市及び実施施設職員の指示を守ること。
- 2 病児等保育施設では、細心の注意を払って病児等保育事業を実施するが、実施施設内で児童同士の感染が起こった場合は、二戸市は責任を負わないこと。
- 3 児童の症状が急激に悪化した場合には、保護者が引き取ること。
- 4 緊急時には、保護者の同意を得ないでも、医療機関での受診、治療、処置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担するものとする。
- 5 利用申込みにおいて知り得た情報は、病児等保育事業の範囲において使用されること。

以上、私は病児等保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

保護者氏名（自署）

印

(裏面)

二戸市長 様

(医療機関)

所 在 :

名 称 :

担当医師 :

⑨

病児等保育事業情報提供書

病児等保育事業の利用に当たり、下記のとおり児童の治療経過等の情報を提供します。

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名		性 別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日生
	保護者氏名		電 話	
	住 所			
	病児等保育 利用期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)		

医師記入欄	傷 病 名			
	病児等保育 の 適 否	病児保育 適 ・ 否	病後児保育 適 ・ 否	
	治 療 経 過			
	現在の処方			
	病児等保育 に お け る 留 意 事 項			