

一時預かり申込書兼同意書

利用開始日 年 月 日

ふりがな 利用児氏名		男・女	H・R	年 月 日
保険証	名称		記号・番号	才 ヶ月
食物アレルギーの有無	除去	(あり ・ なし) ◆項目：		
	服薬	(あり ・ なし) ◆薬：		
	アナフィラキシー	(あり ・ なし) ◆かかりつけ医：		
保育歴	(あり ・ なし) ◆施設名：		◆いつから： 才から	

緊急連絡先	保護者名	続柄	電話番号
	①	(勤務先・携帯)	
	②	(勤務先・携帯)	

ふりがな 住所	〒
------------	---

利用目的 該当する項目に☑ をして詳細をご記入 ください。	就労	◆就労先： ◆就労日 月 火 水 木 金 土 日	◆電話番号： ◆就労時間 : ~ :
	私事都合	理由：	
	妊娠中	妊娠 ヶ月	<input type="checkbox"/> 母子手帳
	里帰り出産	郡山市内 ・ 福島県内の市町村 ・ 福島県外 (居住地：)	
	通院	星総合病院 ・ その他の病院 ()	

家族構成	続柄	氏名 (ふりがな)	年齢	居住	勤務先・学校・幼稚園 等
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	

私は、下記項目の説明を理解し、「一時預かり利用案内」を承諾の上、申し込みます。

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 利用案内 (表面) | <input type="checkbox"/> 個人情報の取扱い |
| <input type="checkbox"/> 利用規約 | <input type="checkbox"/> 写真掲載の承諾 (承諾します・承諾しません) |
| <input type="checkbox"/> 感染症対策 | <input type="checkbox"/> 動画掲載の承諾 (承諾します・承諾しません) |

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印

スタッフ記入欄	確認①		確認②	
---------	-----	--	-----	--

