

一時預かり事業児童票

NO.

申込日	年 月 日				
フリガナ		性別	男	生年月日	年 月 日
児童名			女		(満 歳 か月)
住所	〒		緊急 連絡先	1. 自宅 Tel	
				2. 勤務先 Tel	
				3. その他(携帯等)Tel	
保護者氏名					
家庭の 状況	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等	電 話
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
健 康 保 険 証				給 食	
種類	記号番号	被保険者名		希望する	希望しない
希望 期間	年 月 日			～ 年 月 日	
	月	火	水	木	金
			時	分	～ 時 分
児童 の 体質	平 熱 度				
	1. 喘息が起きやすい				
	2. アレルギー 卵 そば 牛乳 薬 その他 ()				
	3. 脱臼しやすい(部所)				
	4. ひきつけやすい(発熱 度以上)				
	5. 三種(四種)混合予防接種を受けたか (受けた ・ 受けない)				
6. その他注意事項があれば記入してください。					

