

信州大学医学部附属病院病後児保育所利用申込書

年 月 日

病院長 殿

〒
保護者 住所

氏名

緊急連絡先

病後児保育所の利用について、「利用案内」の内容を承諾の上、関係書類を添えて申し込みます。

| 保育児 | フリガナ 氏名 | 保護者 との続柄 | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
|-----|------------|-------------|------|-------|----|
| | | | | 年 月 日 | 歳 |

【利用日】

年 月 日 年 月 日
年 月 日 年 月 日
年 月 日 年 月 日

* 現在、おひさま保育園を 利用している ・ 利用していない