

信州大学医学部附属病院病後児保育所利用申込書

西暦 年 月 日

病院長 殿

保護者 住所（〒 _____）

氏名 _____

緊急連絡先① _____（ _____ ）

緊急連絡先② _____（ _____ ）

緊急連絡先③ _____（ _____ ）

【緊急時には①②③の順に連絡します。カッコはPHS・内線・携帯・自宅等の種類を御記入ください。】

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、「こどもカルテ」を添えて申込みます。

保 育 児	フリガナ 氏 名	生年月日（西暦）	年齢	性別
		年 月 日	歳	男・女

【利用日】

西暦 年 月 日 西暦 年 月 日

西暦 年 月 日 西暦 年 月 日

西暦 年 月 日 西暦 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