

第1号様式

町田市病児・病後児保育事業利用登録申請書
(町田市控)

町田市長 様 〒 住所 _____ 申請者 _____ 氏名 _____	申請日 年 月 日		
町田市病児・病後児保育事業の利用に際しては、町田市又は施設の故意又は過失を除き、 万一事故が生じて一切異議を申し立てないことを誓約のうえ、上記のとおり申請します。			
利用申込施設名 (利用施設に1つだけ○をつけてください。)	1 はやしクリニック病児保育室 2 稲垣耳鼻咽喉科医院病児保育室 3 高ヶ坂ふたば保育園病後児保育室 4 ききょう保育園病後児保育室 5 小野路保育園(分園)病後児保育室 6 かえで保育園病後児保育室		
登録児童氏名	性別	生年月日	現在の年齢
ふりがな	男 女	20 年 月 日	歳
通っている保育園・幼稚園等の名称			
自宅及び緊急連絡先			
ふりがな 氏名	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号	緊急連絡先及び電話番号
第1連絡者 ふりがな		自宅 — — 携帯 — —	勤務先 TEL — —
第2連絡者 ふりがな		自宅 — — 携帯 — —	勤務先 TEL — —
第3連絡者 ふりがな		自宅 — — 携帯 — —	勤務先 TEL — —
兄弟姉妹が既に当事業の利用登録をしている場合にご記入ください。			
氏名	性別	現在の年齢	利用施設名
		歳	
		歳	
		歳	

第1号様式

町田市病児・病後児保育事業利用登録申請書
(施 設 控)

町田市長		様		申請日		年	月	日	
				〒		住所			
		申請者				氏名			
町田市病児・病後児保育事業の利用に際しては、町田市又は施設の故意又は過失を除き、万一事故が生じて一切異議を申し立てないことを誓約のうえ、上記のとおり申請します。									
利用申込施設名 (利用施設に1つだけ○をつけてください。)		1	はやしクリニック病児保育室	2	稲垣耳鼻咽喉科医院病児保育室				
		3	高ヶ坂ふたば保育園病後児保育室	4	ききょう保育園病後児保育室				
		5	小野路保育園(分園)病後児保育室	6	かえで保育園病後児保育室				
登録児童氏名			性別	生年月日		現在の年齢			
ふりがな			男	20 年 月 日		歳			
女									
通っている保育園・幼稚園等の名称									
自宅及び緊急連絡先									
ふりがな 氏名		児童との続柄	自宅及び携帯電話番号			緊急連絡先及び電話番号			
第1連絡者 　ふりがな			自宅	—	—	勤務先			
			携帯	—	—	TEL — —			
第2連絡者 　ふりがな			自宅	—	—	勤務先			
			携帯	—	—	TEL — —			
第3連絡者 　ふりがな			自宅	—	—	勤務先			
			携帯	—	—	TEL — —			
兄弟姉妹が既に当事業の利用登録をしている場合にご記入ください。									
氏名		性別	現在の年齢		利用施設名				
			歳						
			歳						
			歳						

第1号様式

町田市病児・病後児保育事業利用登録申請書
(保護者控)

町田市長 様		申請日		年	月	日
		〒		-		
		住所		_____		
		申請者		_____		
		氏名		_____		
町田市病児・病後児保育事業の利用に際しては、町田市又は施設の故意又は過失を除き、 万一事故が生じて一切異議を申し立てないことを誓約のうえ、上記のとおり申請します。						
利用申込施設名 (利用施設に1つだけ○をつけてください。)		1	はやしクリニック病児保育室	2	稲垣耳鼻咽喉科医院病児保育室	
		3	高ヶ坂ふたば保育園病後児保育室	4	ききょう保育園病後児保育室	
		5	小野路保育園(分園)病後児保育室	6	かえで保育園病後児保育室	
登録児童氏名		性別	生年月日		現在の年齢	
ふりがな		男	20 年 月 日		歳	
		女				
通っている保育園・幼稚園等の名称						

自宅及び緊急連絡先						
ふりがな 氏名	児童と の続柄	自宅及び携帯電話番号		緊急連絡先及び電話番号		
第1連絡者 　ふりがな		自宅	— —	勤務先		
		携帯	— —	TEL — —		
第2連絡者 　ふりがな		自宅	— —	勤務先		
		携帯	— —	TEL — —		
第3連絡者 　ふりがな		自宅	— —	勤務先		
		携帯	— —	TEL — —		
兄弟姉妹が既に当事業の利用登録をしている場合にご記入ください。						
氏名	性別	現在の年齢		利用施設名		
		歳				
		歳				
		歳				