

承認印	園長	主任	事務	看護師

病児保育申込書 兼 領収書

令和 年 月 日

社会福祉法人ガジュマル ひよ子こども園カゼマチ 園長 様

申込者住所

氏名

印

電話番号

病児保育の利用を希望いたしますので、次のとおり申し込みます。

ふりがな		生年月日	平成・令和 年 月 日		
幼児氏名		利用初日の年齢	満 歳	性別	男・女
在園名		幼児を看護できない理由	1.勤務 2.その他()		
利用希望期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				
利用希望時間	時 分から 時 分まで				
緊急連絡先	幼児との続柄	氏名	勤務先名	電話番号	優先順位
	母			勤務先 携帯電話	
	父			勤務先 携帯電話	
	その他 ()			勤務先 携帯電話	
生活保護適用	無・有 ()				

※幼児の容態が変化した場合、保護者へ連絡をいたします。緊急時以外の当園からの病院受診は出来かねます。

----- きりとり -----

領収書 (園控え)

病児保育料として ¥

領収しました。

社会福祉法人ガジュマル ひよ子こども園カゼマチ

令和 年 月 日

園長 川原 俊史

----- きりとり -----

様

領収書

病児保育料として ¥

領収しました。

(月 日利用分)

社会福祉法人ガジュマル ひよ子こども園カゼマチ

令和 年 月 日

園長 川原 俊史