登録年月日:　　年　　月　　日

病児保育利用登録票

登録者本人	ふりがな			登録時年齢
	氏名			歳　　ヵ月
	性別	男・女	生年月日	年　　月　　日
	現住所	〒 TEL（　　）		
	自宅から当園までの所要時間	（　　）分		
	現在通っている園	無・有（　　）		
保護者	続柄	母・父・その他（　　）		母・父・その他（　　）
	ふりがな			
	保護者氏名			
	携帯電話			
	勤務先名称			
	勤務先住所			
	職場から当園までの所要時間	約（　　）分		約（　　）分

『病児保育利用のご案内』に同意のうえ、病児保育の利用を申し込みます。

年　　月　　日

申込者　　㊞

社会福祉法人ガジュマル　ひよ子こども園カゼマチ

受付担当者名: