

# 登録用紙(一時保育)



|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
|---------------------------|--|------|---------------|--------|------|-----|-----|---|
| ふりがな                      |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 園児名                       |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 愛称                        |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 生年月日                      | 平成<br>令和   | 年    | 月             | 日生     | 性別   | 男・女 | 血液型 | 型 |
| 現住所                       |  |      |               |        | 電話番号 | - - |     |   |
| 世帯構成<br>(同居人も含む)          | 氏名<br><small>保護者には、ふりがななど○印を付けて下さい。</small>  | 生年月日 | 続柄            | 職業     | 備考   |     |     |   |
|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
|                           |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 主に送迎<br>する人               | 平日(送)  |      |               | 土曜日(送) |      |     |     |   |
|                           | 平日(迎)  |      |               | 土曜日(迎) |      |     |     |   |
| 緊急時連絡先                    | 名称(勤務先等)   | 氏名   | 続柄            | 電話番号   |      |     |     |   |
| 第一連絡先                     |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 第二連絡先                     |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 第三連絡先                     |  |      |               |        |      |     |     |   |
| アレルギーの有無                  |  | 有・無  | 要因(アレルギー有の場合) |        |      |     |     |   |
| かかりつけの医院名                 |  | 所在地  |               |        | 電話番号 |     |     |   |
| ( )科                      |  |      |               |        |      |     |     |   |
| ( )科                      |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 使用すると副作用のある薬品があれば記入して下さい。 |  |      |               |        |      |     |     |   |
| 理由                        | A 保護者の傷病、事故、出産などの事由による。<br>B 保護者の短時間、断続的労働、職業訓練、就学等による。<br>C 保護者の育児に伴う心理的、肉体的負担をリフレッシュする為。 |      |               |        |      |     |     |   |

記入日 年 月 日

社会福祉法人 堺ひかり会 とみなみこども園