

台東区病後児保育事業利用登録申込書

平成 年 月 日

台東区教育委員会 殿

申込者（保護者） 住所 台東区 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

台東区病後児保育事業の利用登録を次のとおり申込みします。
 また、この申込書を実施施設で使用する事及び区が申込者の課税情報を調査することに同意します。

児童	ふりがな	性別	生年月日			お子さんの愛称 (あれば)	現在通っている 保育園名等
	氏名		H	年	月	日	
		男・女	H	年	月	日	
		男・女	H	年	月	日	

家族	ふりがな	続柄	生年月日			緊急連絡先 {勤務先等} 名称	
	氏名		M・T・S・H	年	月	日	緊急連絡先 (勤務先等) 電話番号
		世帯主	M・T・S・H	年	月	日	()
			M・T・S・H	年	月	日	()
			M・T・S・H	年	月	日	()
			M・T・S・H	年	月	日	()

登録する児童の健康状態及び注意事項（特異体質、アレルギー、障害等事前に知らせたいこと）

*台東区役所処理欄(申込者の方は記入不要です)

台帳登録日	年 月 日	備考	A	B	C	D
登録番号						