

千春会 病児・病後児保育 あすなろ 利用申込書

医療法人社団 千春会 理事長 殿

年 月 日

利用案内記載事項及び下記確認事項に同意し、病児保育を申込みます。

保護者住所

氏名

印

(ふりがな)

児童の氏名

男 ・ 女

保育希望日

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

保育希望時間

(午前・午後) 時 分 ~ (午前・午後) 時 分

保育希望理由

☐就労 ☐学校行事 ☐冠婚葬祭 ☐通院 ☐その他 ()

緊急連絡先

	ふりがな 氏名	続柄	生年月日 (年齢)	連絡先電話番号
1			()	
2			()	

《 確認事項 》

1. 病状の悪化が著しい場合は、保護者様に連絡させていただきます。かかりつけ医師で受診される場合、お迎えに来ていただき、かかりつけ医師へは保護者の方でお連れいただきます。受診料等は保護者負担となります。
ただし、緊急を要する場合、連絡が取れない場合は、当施設で判断の上、事後連絡となる場合もあります。受診料は通常の保険診療で、保護者負担となります。また受診料とは別に費用が生じた場合も保護者負担となります。
2. 保育当日の受け入れ時、前日の診療と異なる症状がある場合、また悪化していると思われる場合は、再度受診していただく場合がございます。
3. お子さまが、水分摂取ができない、食べられない、安静が保てない等、保育の継続が難しいと判断した場合はお迎えに来ていただく場合がございます。
4. 提出書類に誤りや虚偽の記載、また記載漏れがあった場合、病児・病後児保育に係る一切の責任は負い兼ねます。