

登録番号

大和町病後児保育施設利用登録事項変更届

年 月 日

大和町長 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____ ㊞

児童氏名		性別	男 女	生年月日	
				年 月 日生	

病後児保育施設利用登録届の記載事項について、次の箇所に変更がありましたので届け出ます。（※変更があった箇所のみ記載してください。）

児童に関する こと	住所（〒 _____ ）		電話番号（ _____ ）			
	通園・通学先等		電話番号（ _____ ）			
	発育・発達の状況（ ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない ）					
	かかりつけの病院等 名称 _____		主治医名 _____			
住所 _____		電話番号（ _____ ）				
既往歴	麻疹 _____ 歳 箇月	アトピー性 内服薬 _____		水痘 _____ 歳 箇月		
	風疹 _____ 歳 箇月	皮膚炎 食事療法 _____		百日咳 _____ 歳 箇月		
	喘息 薬 毎日・発作時 _____	熱性 初回 歳 箇月 _____		おたふくかぜ _____ 歳 箇月		
	吸入 毎日・発作時 _____	けいれん 最近 歳 箇月 _____		（ _____ ） 歳 箇月		
保護者	氏名 _____ 続柄（ _____ ）		氏名 _____ 続柄（ _____ ）			
	勤務先	名称 _____		勤務先	名称 _____	
		住所 _____			住所 _____	
電話 _____		電話 _____				
その他	食物アレルギー 牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他（ _____ ）					
	薬物アレルギー 種類等（ _____ ）					
	入院の経験 無・有（ _____ 歳 箇月, 病名： _____ ）					
	無・有（ _____ 歳 箇月, 病名： _____ ）					
その他（心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください。）						

※予防接種の状況については、母子手帳の写しを添付

※大和町外に居住し大和町の事業所に勤務する方で、勤務地が変わった場合は証明書を添付