

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 吸入 毎日・発作時	熱性	初回 歳 箇月	おたふくかぜ	歳 箇月		
			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		住所		
		電話		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