

新発田市子どもデイサービス事業利用申請書（2回目以降）

年 月 日

百華保育園 園長 様

次のとおり新発田市子どもデイサービス事業を利用したいので申請します。

保 護 者	住 所	〒 _____ ( _____ 様方)		
	フリガナ	_____ 電 話 番 号 _____		
児 童	氏 名	_____ (印)	自宅 携帯	( ) _____
	フリガナ	_____	生 年 月 日	性 別
児 童	氏 名	_____	平 . . 歳 (満 歳)	男・女
	フリガナ	_____	生 年 月 日	性 別
利 用 日 保 育 時 間 給 食 希 望 の 有 無	氏 名	_____	平 . . 歳 (満 歳)	男・女
		_____ 月 日 時 分～ _____ 時 分(給食希望 有・無)	_____ 月 日 時 分～ _____ 時 分(給食希望 有・無)	
アレルギーの有無				
利用申請理由				
以前に利用した 保 育 園 名	_____ 保育園 _____ 保育園			
かかりつけの医院があれば記入してください。	医 院 名 _____ 電 話 番 号 _____			
健康保険証	種類( _____ )記号・番号 _____			
緊急連絡先	連 絡 先 _____ 電 話 番 号 ( _____ )			
利用当日の朝の状況：食事の様子、児童の健康状態など注意することがあれば記入してください。(例 朝食が遅かった。アレルギーなどがあって食べられないものなど)				