

【区記入欄】

登録番号	—
------	---

墨田区病児保育事業利用登録申請書

墨田区長 あて

年 月 日

申請者（保護者）住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 （自宅） _____

墨田区病児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。

また、この登録の内容を実施施設に提供すること、区が実施施設から利用状況（利用年月日・病名）の報告を受けること、及び利用に当たって実施施設が定める利用規約等を遵守することに同意します。

施 設 名	東京都立墨東病院 病児・病後児保育室 「水辺の病児・病後児保育室さくら」			
ふりがな	性別	生 年 月 日	乳幼児医療証又は 子ども医療証の 受給者番号	現在通っている 保育園・小学校等
登 録 児 童 氏 名				
ふりがな	男・女	年 月 日		
保 護 者 氏 名				
ふりがな	続柄	電話番号（携帯）	緊 急 連 絡 先	
保 護 者 氏 名			勤務先等： 電話：	
ふりがな			勤務先等： 電話：	
保 護 者 氏 名			勤務先等： 電話：	
ふりがな			勤務先等： 電話：	
保 護 者 氏 名			勤務先等： 電話：	
ふりがな			勤務先等： 電話：	
保 護 者 氏 名			勤務先等： 電話：	