

様式第2号(7条関係)

TEL: 938-2859 FAX: 938-8235

令和 年 月 日

医療法人 大坪医院 (病児保育ルームコスモス)
理事長 大坪哲也 殿

病児保育事業利用申込書

次のとおり病児保育事業を利用したいので、申し込みます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

1. 申込者について

保護者住所			
保護者氏名		児との続柄	
当日・朝の連絡先	電話		

2. 子どもについて

(ふりがな) 児童氏名		家庭での 呼び方	
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)	男・女	登録NO. ※保育ルームにて記入
希望する 保育日	① 月 日 ()、② 月 日 () ③ 月 日 ()、④ 月 日 ()		

様式第3号(7条関係)

■ 病児保育ルームコスモス連絡票 (以下は主治医の先生に記入を依頼してください)

医療機関名 及び主治医名	
利用見込期間	本日より 日程度
病名	
(病状)	熱・咳・下痢・嘔吐・食欲不振・元気なし
(伝染性疾患)	溶連菌感染症・アデノウイルス・ノロウイルス・水痘・ムンプス 手足口病・伝染性紅斑 その他 () ※具体的に
現在飲んでいる薬	
隔離の要否	要・不要
次回診察予定日	令和 年 月 日 ()