

鹿児島市長 殿

病児・病後児保育事業利用登録申請書 ( 年度)

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
氏名			保育所等	
フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
氏名			保育所等	
フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
氏名			保育所等	
保 護 者	父	氏名		電話
		勤務先		携帯等 ( - - ) 勤務先 ( - - )
	母	氏名		電話
勤務先		携帯等 ( - - ) 勤務先 ( - - )		
者	自宅	住所 (〒 - ) 鹿児島市		電話 ( - - )
かかりつけ医		病院名 ( ) 医師名 ( ) 電話 ( - - )		

- 注 1 この申請書による事業の利用登録期間は、当該年度の末日までです。  
 2 この申請書の内容に変更が生じた場合は、あらためて申請書を提出してください。  
 3 事業の利用申込は、あらかじめ実施施設に利用の予約を行う必要があります。  
 利用の予約後に利用申込書をかかりつけ医が発行する医師連絡票を添えて実施施設の長に提出してください。

実施施設	市