

あおぞら小児科病児保育 利用登録票

記載日：西暦 年 月 日

○ 登録児童名

児童名		生年月日	園名・学校名
フリガナ		年 月 日	
氏名	(男・女)		
フリガナ		年 月 日	
氏名	(男・女)		
フリガナ		年 月 日	
氏名	(男・女)		

○ 保護者連絡先

父	氏名		連絡先 (- -)
	勤務先		勤務先 (- -)
母	氏名		連絡先 (- -)
	勤務先		勤務先 (- -)
自宅	(〒 -) 住所：鹿児島市		電話 (- -)

○ 上記以外でお迎え来られる方の連絡先

氏名	続柄 ()	連絡先 (- -)
氏名	続柄 ()	連絡先 (- -)

確認	/ / / / / / / /
----	--