

一時預かり事業 施設利用申込書

【申込日】 令和 年 月 日

お子さまの氏名	性別	生年月日
(フリガナ)	男 ・ 女	平成・令和 年 月 日
		(歳 カ月)

保護者氏名	住所
Ⓜ	

緊急連絡先					
①氏名		続柄	母 ・ 父 その他 ()	電話 番号	
②氏名		続柄	母 ・ 父 その他 ()	電話 番号	

認定証番号	在籍している施設 (該当する方に✓をして、在籍している場合は施設名を記載してください)	
	<input type="checkbox"/> 在籍していない	<input type="checkbox"/> 在籍している ()

■ 平熱は何度ですか？ → (度 分)	■ アレルギーはありますか？ → 無 ・ 有
----------------------	------------------------

※食物アレルギーがある方は、下記項目もご記入ください。

① 食物アレルギーで食べられない食品に○をつけてください。

卵 / 牛乳・乳製品 / 大豆 / 小麦 / 魚介類 / その他 ()

② アレルギー反応が出た時の症状に○をつけてください。

ショック / 呼吸困難 / 咳き込み / 嘔吐 / 蕁麻疹 / 湿疹 / かゆみ / その他 ()

③ アナフィラキシーショックの既往歴

無 ・ 有 (年 月 日 原因:)

■ 健康上の注意すべき点がありましたら、お書きください。(例: ぜんそく・ひきつけ)

■ その他、注意すべき点がありましたら、お書きください。