社会福祉法人　龍心会　エンヂェルハート保育園

一時預り保育登録票

令和　　年　　月　　日　　受付担当者:

登録番号	

写真スペース
縦4cm×横3cm 程度
（あり合わせの
写真で構いません）

住所:　印西市

保護者名:

TEL:

FAX:

次の通り一時預り事業の利用登録を申し込みします。

ふりがな		性別	生年月日
児童名		男・女	平成・令和　　年　　月　　日

児童の家庭の世帯状況及び	続柄	氏名	生年月日	性別	勤務先及び電話番号

登録期間	年　月　日　～　年　月　日	
主な利用日時	:　～　:	:　～　:
	:　～　:	:　～　:
主な利用曜日	月　・　火　・　水　・　木　・　金　　不定期	

理由	1. 家庭外労働　2. 家庭内労働　3. 就学　4. 職業訓練　5. 疾病 6. 災害・事故　7. 出産　8. 看護・介護　9. 冠婚葬祭　10. リフレッシュ 11. 自己啓発　12. その他（　　）
	具体的に記述ください

健康保険証	保険者番号	記号	番号	名称

かかりつけ病院	病院名	住所	電話番号

緊急連絡先	優先	氏名	続柄	電話番号
	第一			電話番号①　TEL:
				電話番号②　TEL:
	第二			電話番号①　TEL:
				電話番号②　TEL:

重要事項	この度、一時保育の利用にあたり問題となるような子どもの身体的疾患・持病はありません。 万一、そのことが原因となる事故などが発生した場合に、保育園に対し、一切の責任を問いません。 利用に当たり、一時保育入園案内に記載内容について了承しました。 令和　　年　　月　　日 保護者氏名　　㊞