

ふりがな			入所保育所名(平日)	保育所(園) (認定こども園)		
児童名			(入所が既に決定している場合は、その保育所名を記入)			
生年月日	年 月 日生					
年齢性別	歳	男・女				
家族状況	ふりがな 名前	続柄	勤務先	勤務先住所(電話)	休日の勤務時間	休みの日
				( - )	~	
				( - )	~	
				( - )	~	
				( - )	~	
				( - )	~	
緊急連絡先	ふりがな 名前	続柄	連絡先の名称 (会社名等)	住所	電話	
	①					
	②					
	③					
送迎について	送迎時間	送り	時 分頃			
		迎え	時 分頃			
	送迎者	送り				
		迎え				
利用予定	4月 回	7月 回	10月 回	1月 回	年間利用回数 回	
	5月 回	8月 回	11月 回	2月 回		
	6月 回	9月 回	12月 回	3月 回		

(あて先) 実施施設長

申請年月日	令和 年 月 日
保護者氏名	
住所・電話	〒 TEL 旭川市

休日保育の利用登録について上記のとおり申請します。

# 健康調査票

予防接種	四種混合 歳	MR 歳	ヒブ 歳	肺炎球菌 歳	BCG 歳	水痘 歳	
既往歴	はしか 水痘 風疹 流行性耳下腺炎 その他( )						
身	首のすわり ( か月 )			歩き始め ( か月)			
体	おむつをやめたとき ( 年 月頃)			出生時の体重 ( グラム)			
状	授乳 (母乳 人工 混合)						
況	休日保育利用前の主たる保育者 (父母 その他 ( ))						
性	明朗 優しい 素直 勝ち気 短気 乱暴						
格	その他 ( )						
体質的	偏食 頻尿 夜尿 左利き 指しゃぶり よく吐く 下痢 便秘						
特徴	ひきつけ てんかん 喘息 脱臼しやすい						
	普段の体温 ( °C)						
かかりつけの病院	小児科 (内科)					電話	—
	外科					電話	—
	その他					電話	—
						電話	—
保険証	被保険者			種類			
	記号			番号			
健康面 (病気・アレルギー他) その他保育士に知っておいてほしいこと							

※以下は記入しないで下さい。

上記申請について次のとおり決定する。

受付者	実施施設長

受付印

利用承認の可否	/	利用開始年月日	利用廃止年月日
承認		令和 年 月 日	令和 年 月 日
不承認			(理由)
入所保育所名	実施番号	選考評点	備考