

# 子育て支援申込書(控)

年 月 日

申込者 氏名	ふりがな	続柄	住所 〒		TEL		
					携帯		
お子様 氏名	ふりがな	男・女	生年月日		年齢	平熱	
	愛称 ( )		年 月 日	歳 カ月	度 分		
お子様 氏名	ふりがな		年 月 日		歳 カ月	度 分	
	愛称 ( )						
<b>かかりつけの病院</b>		緊急 連絡 先	名前	関係	電話番号	携帯番号	
病院名： .....							
住所 .....							
TEL .....							
保険証番号		アレルギーの有無		有( )・無			
ご両親の呼び名 お父さん・パパ・その他 ( ) お母さん・ママ・その他 ( )		食事	母乳 ・ ミルク ・ 離乳食 ( 期 ) 普通食 好きな物 嫌いな物 ( ) ( ) 自分で食べる (スプーン・フォーク・箸) 援助が必要 ( )				
1日の様子や好きな遊び ..... ..... ..... .....			排泄	おむつ (紙・布) ・ トレーニングパンツ ・ 知らせる ・ 知らせない パンツ ・ 自分でできる ・ 助けが必要			
			着脱 の様子	〔自分でできる範囲〕 ・ 靴 ・ 靴下 ・ 下着 ・ 服 (上) ・ 服 (下) ・ ボタンかけ			
学校・幼稚園等に行っている場合							
幼稚園 ( ) 組		お子様 の性格 や特徴					
小学校 年 組							
希望する 依頼内容	内容：	注意 点					
	日時：	備考					

※緊急連絡先は2箇所以上記入のこと

担当会員 ( )