

狭山市一時預かり事業利用者登録（変更）票（狭山市立広瀬保育所）

利用児童について	ふりがな		年齢	生年月日	性別	平熱
	氏 名		歳 月	平成・令和 年 月 日	男・女	℃
	住 所	〒 ー 電話 ()				
	ふりがな		年齢	生年月日	性別	平熱
	氏 名		歳 月	平成・令和 年 月 日	男・女	℃
	住 所	〒 ー 電話 ()				

世帯構成（利用児童以外）	氏 名	年齢	続柄	勤務先名・学校名	連絡先	連絡優先順位
		歳			() 携帯	
		歳			() 携帯	
		歳			() 携帯	
		歳			() 携帯	
世帯以外の連絡先		歳			() 携帯	
		歳			() 携帯	
		歳			() 携帯	

病院の選択		保育所に一任する
※右の該当欄に○を記入		以下の病院の受診を希望する
内科・小児科	(病院名)	(電話)
外科	(病院名)	(電話)
眼科	(病院名)	(電話)
整骨・整形	(病院名)	(電話)
歯科	(病院名)	(電話)

健康保険証・こども医療費受給者証のコピーを添付してください。