

年 月 日

神戸町長 様

一時預かり事業 利用申込書

				NO.	
ふりがな 児童氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日 (年齢 歳 カ月)	
住 所	神戸町				
一時預かり 希望日・時間	[開始]	年 月 日 ( )	時	分から	
	[終了]		時	分まで	

ふりがな  
保護者氏名 ( 年 月 日生 ) 児童との関係 ( )

利用日につながる連絡先: TEL 連絡先名称 ( )

上記以外の緊急連絡先: TEL 連絡先名称 ( )

利用理由: リフレッシュ ・ 通院 ・ 仕事 その他 ( )

お子さんの呼び名		
好きな遊びや、好きな こと・もの		
アレルギーについて	ない ・ ある (具体的に )	
その他、特に注意して ほしいこと		
かかりつけ医	医療機関名	TEL
送迎する人	送り	迎え

受付日	月 日	受付者		受付方法	電話・受付カウンター
-----	-----	-----	--	------	------------