

一時預かり事業利用登録申込書

令和 年 月 日

保 護 者	住 所	豊能町	
	氏 名	印	
	電話番号	自 宅	()
携 帯		()	

豊能町 様

次のとおり、一時預かり事業の利用登録を申し込みます。

対象児童	氏 名	性別	生年月日	
	ふりがな	男・女	年 月 日生	歳
緊急連絡先	名称または氏名		電話番号	
			電話 ()	
家族の状況	氏 名	性別	生年月日	職業・勤務先等
		男・女	年 月 日生	
		男・女	年 月 日生	
		男・女	年 月 日生	
		男・女	年 月 日生	
		男・女	年 月 日生	
児童の健康状態等	1. 健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱(具体的に)		
	2. 睡眠	<input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 寝付くときだけ誰かと寝る		
	3. 排せつ	<input type="checkbox"/> 一人で用便できる <input type="checkbox"/> 一人で用便できない <input type="checkbox"/> オムツ・紙パンツ使用		
	4. 食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 少し手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 誰かに食べさせてもらう ・分量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない ・はし <input type="checkbox"/> 使える <input type="checkbox"/> 使えない <input type="checkbox"/> スプーンを使う ・好き嫌い <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に) ・アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に)		
	5. その他	伝えておきたいこと()		

町記入欄	住基確認	決 定	備 考
	<input type="checkbox"/> 有り	可・否	
	<input type="checkbox"/> 無し	(年 月 日 決定)	