

一時預かり事業利用申請書

つくば市シルバー人材センター理事長 あて

保護者

住 所			
氏 名	印		
電話番号			

次のとおり、一時預かり事業を利用したいので申し込みます。

ふりがな				生年 月日	年 月 日	年 齢
幼児氏名	男・女					
利用希望 年月日 及び時間	月 日() : ~ :			月 日() : ~ :		
	月 日() : ~ :			月 日() : ~ :		
	月 日() : ~ :			月 日() : ~ :		
申込理由	①労働 ②職業訓練 ③就学 ④疾病 ⑤災害 ⑥事故 ⑦出産 ⑧看護・介護 ⑨冠婚葬祭 ⑩その他 ()					
	幼児の 健康状況 及び 身体状況					
緊急連絡先 氏名及び電話番号						

※処理欄(記入しないでください)

承 諾	(1) 可					
	(2) 否 (不承諾の理由:)					

様式2

一時預かり児童調査票

年 月 日

ふりがな 児童氏名		生年月日	
ふりがな 保護者氏名		住所	
		電話	()
保護者連絡先	氏 名	勤務先	
		電話	()
緊急時連絡先	氏 名	電話	()
		かかりつけの病院	
送迎者	氏 名	児童との関係	
遊び	好きな遊び		
	好きなおもちゃ		
睡眠	一人で寝る、 一緒に寝る (誰と)	時頃～	時頃
	寝つき (よい、 悪い)	目覚め (よい、 悪い)	
	昼寝 (する、 しない)	時頃～	時頃
	寝るときのクセ		
食事	一人で食べられる (スプーン、 手づかみ、 箸) 食べさせてもらう、 手伝ってもらう		
健康	予防接種 (BCG、 麻疹、 ポリオ、 三種混合、 風疹、 水痘) 熱性けいれん 食物アレルギー () 喘息、 アトピー性皮膚炎、 じんましん、 脱臼、 中耳炎、 ひきつけ		
平熱			