

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	⑩
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	( )
		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			