

病後児保育室 すくすく北 利用登録票

登録年月日 令和 年 月 日

住所 〒 _____ 名古屋市 _____ 区		
保護者氏名	続柄	勤務先
①		名称
携帯電話		TEL
②		名称
携帯電話		TEL

児童氏名	愛称	性別	生年月日	保育所等・学校名
(ふりがな)			年 月 日 (歳 カ月)	施設名) _____ 区
(ふりがな)			年 月 日 (歳 カ月)	施設名) _____ 区
(ふりがな)			年 月 日 (歳 カ月)	施設名) _____ 区

かかりつけ医/主治医 (_____)

【利用者の尊厳事項】

- ・ご利用の際は施設の指示に従ってください。
- ・利用を希望する場合は、原則として前日までに施設に利用予約のうえ、「名古屋市病児・病後児デイケア事業連絡書」をかかりつけ医等の医療機関で発行を受け、利用申込みをしてください。(空きがあれば当日予約可能です。)
- ・施設利用当日に、利用料徴収区分により利用料を施設に直接支払ってください。
- ・施設の利用は、原則7日以内です。

施設記入欄

利用料算定階層確認 ○で記入
A ・ B ・ その他世帯 / 市外

五十音番号： _____

学年別番号： _____