

ふかざわ小児科・病児保育ルーム 利用登録書

初回利用時にふかざわ小児科受付までご提出ください。

病児保育登録番号(No.) 患者番号(No.)

お子様のお名前	ふりがな	男	保育園・幼稚園・小学校名	生年月	年	月	日
		女		愛称	歳	ヵ月	
保護者氏名	ふりがな			電話番号()-()-()			
保護者住所	〒 -						
緊急連絡先				電話番号()-()-()			
				電話番号()-()-()			

上記のとおり、病児保育ルームを利用したいので、登録を申請します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

平成 年 月 日 保護者名