

人吉市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

人吉市長 様

申請者 千 一

住所 _____

氏名 _____

電話番号（ _____ ）

次のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申請します。

ふりがな 児童氏名	男 女	疾 患 名	<input type="checkbox"/> 連絡票添付
生年月日	年 月 日	年 齡	歳 月
利用日付	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
保育園 等名	保育園 ・ 幼稚園・ 小学校（ ）年生		
緊 急 連絡先			
かかり つけの 医療機関	名 称		電話番号 (_____)

このことについて、決定・却下してよろしいか。

また決裁のうえ例文により通知してよろしいか。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員
起案年月日	年 月 日	決裁年月日	年 月 日	