

亀岡市・南丹市・京丹波町病児保育室ひまわり利用申込書

年 月 日

亀岡市  
住 所 南丹市  
京丹波町  
保護者  
(申請者)  
氏 名

亀岡市・南丹市・京丹波町病児保育室ひまわりを利用したいので、次のとおり申し込みます。

○利用者

ふりがな 児童名	性 別	生年月日	保育所(園)・ 幼稚園等名
①		年 月 日生 ( 歳)	
	症状		
②			
	症状		
③			
	症状		

○緊急連絡先

氏名(ふりがな)	続柄	連絡先の電話番号
①		
②		

○利用予定日

年 月 日 から 日 まで(診察医連絡票連続利用最終日)

同 意 書

- (1) 症状が変化したときは速やかにお迎えに行きます。
- (2) 事態が緊急を要する場合は、京都中部総合医療センターにて対応いただくことに同意し、要した費用については必ず支払うことを同意します。
- (3) 利用登録情報、利用申込情報について、実施主体である亀岡市、南丹市、京丹波町と情報を共有されることに同意します。
- (4) 事業の性質上、他の利用者の病気が感染する可能性があることを理解のうえ、申し込みます。

保護者氏名