

病児保育室 リトルベアー（本園・WEST・谷町）登録票

N O

登録日

同居 家族	氏名：	年 月 日生	続柄：	勤務先：
	氏名：	年 月 日生	続柄：	勤務先：
	氏名：	年 月 日生	続柄：	
	氏名：	年 月 日生	続柄：	
	氏名：	年 月 日生	続柄：	

* 同意書 *

当施設にお子様が入室された際、医師の指示により、下記の処置が必要となる場合があります。その際の処置に同意頂けますようお願い申し上げます。また別途料金等が発生する場合がありますので、併せてご了承下さいますようお願い致します。

解熱剤・抗痙攣剤の使用、
(医療機関併設型施設の場合は吸入・点滴・内服薬追加等)

* 個人情報利用に関して *

当施設が知り得た情報は以下の目的で使用し、下記以外の目的では使用しません。万が一利用目的を変更した場合にはその内容を公表致します。

- ① 緊急時における保護者、又は保護者に代わる方への連絡
- ② 医師への状況報告の場合
- ③ 郵送物送付等の場合
- ④ 児童虐待事例について関係機関と情報交換を行う場合

①	生活保護	適用証明書
②	市民税非課税	市民税非課税証明書
③	所得税非課税 ひとり親	源泉徴収票 ひとり親医療証
④	所得税非課税	源泉徴収票
⑤	所得税課税 ひとり親	ひとり親医療証
⑥	所得税課税	不要
⑦	対象外	不要

年 月 日

保護者氏名：