

入所申込児童の健康状態について

⑰

| | | | |
|-------|--|-------------|-------|
| 保護者氏名 | | 児童との 続 柄 | 父 ・ 母 |
|-------|--|-------------|-------|

| 児童氏名 | 生年月日 | 在籍施設又は入所申込施設の名称 |
|------|----------|-----------------|
| | 令和 年 月 日 | |
| | 令和 年 月 日 | |
| | 令和 年 月 日 | |

先天性疾患、慢性疾患、重度アレルギー疾患、発育及び発達状態等により、医療機関に通院又は、相談している場合、可能な範囲で記載してください。

1 人目の内容

| | |
|--|--|
| 1. 手帳の有無 <small>該当する項目に☑してください。</small> | <input type="checkbox"/> 有 （手帳の種類： ） <input type="checkbox"/> 無 |
| 2. 病 名・障がい | |
| 3. 現在の病状 | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |

2 人目の内容（同時に入所を申し込む場合）

| | |
|--|--|
| 1. 手帳の有無 <small>該当する項目に☑してください。</small> | <input type="checkbox"/> 有 （手帳の種類： ） <input type="checkbox"/> 無 |
| 2. 病 名・障がい | |
| 3. 現在の病状 | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |

《同意事項》

本市における円滑な保育の実施に当たって、入所が決定した特定教育・保育施設等に対して、個人情報を提供します。
 ※特定教育・保育施設等に対する情報提供は、電子通知システムを使用して行う場合があります。