

病児保育登録申請書

平成 年 月 日

名古屋大学担当理事・副総長 殿

申請者現住所

学内所属先

職 名

氏 名

印

連絡先電話番号

自宅：

内線・PHS：

携帯：

e-mail アドレス：

下記のとおり病児保育についての登録を申し込みます。
利用に際しては、名古屋大学あすなろ保育園利用細則その他の定めを遵守します。

記

(以下、病児保育登録を希望する子について記入してください)

お子さまのお名前 (ふりがな)	姓 名 () ()	
年齢 (4月1日現在) 歳 生年月日 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所 (申請者と別の場合にご記入ください)		
通園施設名 連絡先		
かかりつけ医名 連絡先		
健康保険 記号・番号	名大医学部附属 病院診察券 ID	
保護者	父・氏名	
	勤務先	電話番号
	母・氏名	
	勤務先	電話番号
兄弟	歳 (男・女) 歳 (男・女) 歳 (男・女)	

