

入 所 申 込 書

提出日 令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

フリガナ 児童名		血液型	性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所		電話番号		自宅		
				携帯		
				職場内線		
家族構成等						
続柄	氏名	生年月日	勤務先名称	勤務先電話番号 及び携帯電話番号	勤務時間	
本人					～	
					～	
					～	
					～	
					～	
緊急時の 連絡先	氏名	緊急連絡先電話番号	連絡順位	保険証の種類と番号		
			1	通所方法	自家用車・バス・自転車・ 徒歩・その他()	
			2	送迎者	父・母・祖父母・ その他()	
		3				
かかりつけ医	①	住所			電話番号	
	②	住所			電話番号	
特記事項						
裏面に「自宅」から「いちご保育園」までの略図を記入してください。						
※確認欄 (記載不要です。)						
承認日	病院長	総務課長	課長補佐	職員係	備考	

※「自宅」から「いちご保育園」までの略図