

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

所属・職種					
氏 名					
入所希望日		令和 年 月 日			
24時間保育希望		希望します ・ 希望しません			
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。

※「自宅」から「いちご保育園」までの略図