



海辺の杜ホスピタル 一時預かり保育申込書（外来受診時用）



託児所初回お預かり日

平成 年 月 日

園児	フリガナ		生年月日	年齢
	氏名		平成 年 月 日	才 ヶ月
	フリガナ		生年月日	
	氏名		平成 年 月 日	才 ヶ月
	住所			
	電話番号		備考	
保護者	氏名	勤務先	電話番号	備考
緊急連絡先	氏名		電話番号	

1. ミルクのお子様は、授乳回数と1回の量をご記入ください。
1回 cc 時間ごと
2. 普通食及び離乳食のお子様は、特に食べてはいけないもの、また好き嫌いがあればご記入ください。
●食べてはいけないもの
●好きな食べ物
●嫌いな食べ物
3. アレルギーや既往症はありますか？あればご記入ください。
4. お子様の呼び名（ニックネーム）はありますか？あればご記入ください。
5. 好きな遊び、お気に入りの遊びがありますか？あればご記入ください。



- 海辺の杜ホスピタル
〒781-0270 高知市長浜251
088-841-2288
- チャイルドルームせと
088-841-1813

