

病児・病後児保育室 「K I B O K O Y A O」 お迎えサービス
『やまゆりQQ隊』利用登録

◆利用児童指名：

生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)

自宅住所：

学校・保育所名： 神戸市立・私立 () 小学校・幼稚園・保育所

学年・組名：

◆父氏名：

父勤務先名：

父勤務先電話：

父携帯電話番号：

◆母氏名：

母勤務先電話：

母勤務先名：

母携帯電話番号：

お迎え先

名称：

住所：

T E L 連絡先：

- 学校・保育所などお迎え先へ、このお迎えサービスのことを伝え、急病時には保護者以外の者がお迎えに行くことについて了承を得ている。
- 上記記載内容に変更があった場合には、速やかに連絡します。
- 医療法人やまゆり会が行う、病児保育室入室のためのお迎えサービスについて説明を受け、趣旨を理解した上で、利用登録に申し込みます。

平成 年 月 日

保護者氏名

印