

児 童 票

びよびよルーム利用規約を承諾の上、下記内容にて利用手続きをします。

登録年月日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
児童名		男・女	令和 年 月 日
住所 〒	—		

家族構成

氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先・在園在校名
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

緊急連絡先

*必ず3名ご記入ください。

優先順位	氏名	続柄	電話番号(携帯電話／自宅・勤務先)
1			/
2			/
3			/

かかりつけ医

機関名	医師名	電話番号

特に注意してほしいことや発育に関して気になることをお書きください。

--

◆本児童を下田産婦人科医院でご出産されましたか。

はい ・ いいえ

承 諾 書

保育中のケガ・病気について

保育中において、ケガ・発熱などにより医師の治療が必要と思われたとき、容態が緊急を要すると判断した場合や、症状が重く緊急連絡先に連絡がつかなかった場合は園の判断において、連携医下田産婦人科医院又は他病院を受診することを承諾します。

令和 年 月 日

お子さまの氏名

保護者氏名

印

住所

電話番号

保険証と子育て乳児医療証のコピーを貼ってください。

ぴよぴよルーム

保険証のコピー

乳児医療証のコピー

・保険証や乳児医療証が切り替わった場合、新しいものをコピーし再提出をお願いします。