

別紙

神栖市災害時における代替保育利用登録届出書

年 月 日

(宛先)

神栖市長

保護者 住所

氏名

電話（自宅）

メールアドレス

災害時における代替保育の利用登録をしたいので、裏面【留意事項】に同意し、次のとおり届出します。

児童氏名	フリガナ	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)			
家族の状況	父	氏名	母	氏名
	勤務先名		勤務先名	
	所属名		所属名	
	勤務先の電話番号		勤務先の電話番号	
	祖父母	氏名	祖父母	氏名
住所		住所		
祖父母	氏名	祖父母	氏名	
	住所		住所	
緊急連絡先	氏名： 児童との続柄： 電話番号： (勤務先・自宅・携帯) ※ 確実に連絡することができる電話番号を記入してください。			
代替保育の利用事由				
児童が通っている保育所等	現在通っている保育施設等の名称 電話：			
かかりつけ医		平熱		℃
利用を希望する施設	<input type="checkbox"/> 神栖市保健・福祉会館 <input type="checkbox"/> はさき保健・交流センター			
利用時間	時 分 ~ 時 分			

生育歴	・首のすわり (月) ・おすわり (月) ・一人歩き (月) ・栄養法 母乳 ・ 人工 ・ 混合 ・離乳食摂取期間 (月～ 月) ・人見知り (月) ・母親の後追い (月) ・初語 (歳 月)				
感染症歴	・麻しん (はしか) : 歳 月 ・風しん : 歳 月 ・水痘 (水ぼうそう) : 歳 月 ・百日せき : 歳 月 ・おたふくかぜ : 歳 月 ・その他 (具体的に) :				
これまでに かかった主 な病気					
予防接種 (接種回数を 記入してくだ さい)	定期 接 種	ヒブワクチン	未・回	小児用肺炎球菌	未・回
		四種混合	未・回	B型肝炎	未・回
		BCG	未・回	MR (麻しん風しん混合)	未・回
		水痘 (水ぼうそう)	未・回	日本脳炎	未・回
		ロタウイルス	未・回		
	任意 接 種	ロタウイルス	未・回		
		おたふくかぜ	未・回		
アレルギー	・なし ・あり (原因物質:)				
好きな遊び		嫌いな こと			
寝かし つけ方					
その他	体質やくせ等の心配なこと、配慮してほしいこと、食事の状況等を記入してください。 ※代替保育では、与薬は受け付けていません。				

【留意事項】

- 1 災害時の状況により、代替保育は実施しない場合があります。
- 2 代替保育実施場所は、状況等により変更となる場合があります。
- 3 保護者の責任において、送迎を行ってください。
- 4 災害の状況により、緊急連絡があった場合は、早急に引き取りを行ってください。
- 5 保育時間中に必要な食事及び水分は、全て持参してください。
- 6 当日、持参する物には、全て記名してください。