

保育室利用登録票

新	再

年 月 日記入 記入者名

登録児童	利用者氏名(ふりがな)	愛称	性別	生年月日	
			男・女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所(〒 —)		保護者に監 護・養育され ている児童 のうち該当 するものに ○を付けてく ださい。	第1子 ・ 第2子 第3子以降	
	自宅電話番号 () —				
	通園施設名	()市町村() 保育園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医	() 病院・医院・診療所・クリニック				
保護者・緊急連絡先	① 続柄 ()	氏名	勤務先名		
		(歳)			
	② 続柄 ()	緊急連絡先	職種		
		() —	勤務先電話 () —		
予防接種	四種混合	ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ	済 未	インフルエンザ菌b型(Hib)	済
	MR	麻疹・風疹	済 未	ロタウイルス	済
	水痘(水ぼうそう)	歳 ヶ月	済 未		済
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	済 未		済
感染症歴	麻疹(はしか)	歳 ヶ月	風疹	歳 ヶ月	
	水痘(水ぼうそう)	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月	
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	その他()		

◆保育料等の減免措置の可否判断のため、加賀市が保有する住民記録情報及び住民税課税状況等に必要の個人情報について、加賀市職員が照会することに同意しますか。

はい ・ いいえ

※減免措置の対象であっても、同意のない場合は料金を徴収いたします。
裏面も記入してください。

