

（表）

登録番号：_____

年 月 日

伊万里市長 様

すこやか使用登録申請書

保 護 者	住 所	〒 ー 伊万里市 町 番地		
	ふ り が な		電話（自宅・携帯）	
	氏 名		勤 務 先 名	
			電 話 （ 勤 務 先 ）	

すこやかの使用登録をしたいので、伊万里市病後児保育室すこやか条例施行規則第 6 条第 1 項の規定により申請します。

使 用 児 童	ふ り が な		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日生	
	愛 称		年 齢	歳 か月	
	住 所	〒 ー 伊万里市 町 番地			
	電 話		F A X		
	兄 弟 姉 妹	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）
	通園等施設名	（ ）託児所・保育園（所）・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	（ ）医院・病院 （ ）先生			
	保 険 の 種 別	国保・社保・共済・その他（ ）		保 険 証 記 号 番 号	
子 ど も の 医 療 費 受 給 者 番 号					
予 防 接 種 等	B C G : 未 ・ 済				
	不活化ポリオ : 未 ・ 済（Ⅰ期初回 1・2・3・Ⅰ期追加）				
	三種混合 : 未 ・ 済（Ⅰ期初回 1・2・3・Ⅰ期追加）				
	四種混合 : 未 ・ 済（Ⅰ期初回 1・2・3・Ⅰ期追加）				
	麻しん : 未 ・ 済（かかった年齢 歳）				
	風しん : 未 ・ 済（かかった年齢 歳）				
	麻しん・風しん混合ワクチン : 未 ・ 済				
	水ぼうそう : 未 ・ 済（かかった年齢 歳）				
	おたふくかぜ : 未 ・ 済（かかった年齢 歳）				
	日本脳炎 : 未 ・ 済（1・2・追加）				
	B型肝炎 : 未 ・ 済（かかった年齢 歳）				
	ヒブ : 未 ・ 済（Ⅰ期初回 1・2・3・Ⅰ期追加）				
	小児肺炎 : 未 ・ 済（Ⅰ期初回 1・2・3・Ⅰ期追加）				
	その他（具体的に） :				

(裏)

[illegible]