

# 災害時における代替保育利用登録届

和光市長宛て

年 月 日

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
児童氏名			生年月日	年	月 日
			登園中の保育施設		
			在籍クラス	歳児クラス	
保護者①氏名	フリガナ		緊急時電話番号	( )	
			勤務先名		
				勤務先電話番号	
保護者②氏名	フリガナ		緊急時電話番号	( )	
			勤務先名		
				勤務先電話番号	
保護者以外の 緊急連絡先	氏名		電話番号	保護者との関係	
児童について	現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		心身障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	検診等指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
	食事	1日 回 好む物( )		嫌いな物( )	
	医療歴	<input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アレルギー( )			
	その他留意事項( )				
かかりつけ病院					
<small>※既往歴がある場合のみ記入</small>					

**【留意事項】**

1. 保護者の責任において、代替保育施設に送迎を行ってください。
2. 災害の状況により、緊急に連絡があった場合は、早急に引き取りを行ってください。
3. 保護者がお迎えに来られない場合は、代理の方のお迎えをお願いします。その際には、代理の方の身分を証明するものをお持ちください。(運転免許証等)

上記の留意事項に全て同意した上で、登録します。署名 \_\_\_\_\_

**【勤務先記入欄】**

上記の者は、災害時にも勤務が求められる医療機関等の社会的要請の高い職種であることを証明します。

父 勤務先	年 月 日	事業所名	所在地	代表者名  (サイン又は記名押印)
母 勤務先	年 月 日	事業所名	所在地	代表者名  (サイン又は記名押印)