乳幼児一時預かり保育申請書

平成　　年　　月　　日

伊 豆 市 長　様

住　　所
氏　　名　　印
電話番号

次の児童について、伊豆市乳幼児一時預かり保育事業実施要綱の規定による乳幼児一時預かり保育を受けたいので、承認くださるよう申請します。

	ふりがな 氏　名	続柄	性別	生年月日	年齢	クラス名
対象児童				平 成　　年　　月　　日	歳	
				平 成　　年　　月　　日	歳	
				平 成　　年　　月　　日	歳	

利用理由	
希望期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで　　日間（実日数　　日）
希望時間	午前・午後　　時　　分から 午前・午後　　時　　分まで
希望園	認定こども園 あゆのさと　　電話番号 0558－72－1740

	氏名	続柄	勤務先	電話番号
児童の同居家族		父		
		母		

主な送迎者	1．父　　3．同居の祖父・祖母 2．母　　4．その他
アレルギーの有無	1．有　有る場合（　　） 2．無

園に伝えておきたいこと