

FAX送信日									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 城北病院 病児保育室はっぴ～ 児童登録票

登録番号									
ふりがな									
氏 名									
性 別		男 ・ 女		生年月日		年    月    日			
通所施設名称		(                    ) 保育所・認定こども園・幼稚園・小学校・その他							
住 所		〒            ー		自宅の電話番号					
母 親	氏 名				父 親	氏 名			
	勤務先名					勤務先名			
	緊急 連絡 先	勤務先				緊急 連絡 先	勤務先		
		携 帯					携 帯		
		その他					その他		

(個人情報の提供等に当たっての署名欄)

(宛先) 金沢市長

金沢市が病児保育利用料算定のために必要な世帯員の税関係情報の記録及び住民記録を閲覧し、その情報に基づき決定した病児保育利用料について、病児保育事業実施者に対して提示することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_  
 (署名又は記名押印)

氏 名 \_\_\_\_\_  
 (署名又は記名押印)

城北病院 病児保育室はっぴ～

電話番号 253-0561

乳幼児健康支援デイサービス事業

[illegible]