

第6号様式（第2条関係）

登録番号 ー

令和 年 月 日

## 病児保育事業利用登録 変更・取消届

小児総合医療センター院長 殿

保護者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

※自署の場合、押印不要

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、利用登録の 変更 ・ 取消 を行いますので届け出ます。

また、この利用登録変更・取消届を病児・病後児保育室で使用することに同意します。

登 録 児 童	ふりがな	生 年 月 日
	氏 名	年 月 日
変 更 内 容	変 更 前	変 更 後
ふりがな		
保 護 者 氏 名		
ふりがな		
児 童 氏 名		
住 所		
電 話 番 号		
緊 急 時 連 絡 先	名称	名称
	電話番号	電話番号
そ の 他		

(利用登録の取消の場合は変更内容欄の記入は不要)