

稲 城 市 長 殿

稲城市病児・病後児保育児童登録票 変更届

令和6年度
No.

登録した内容について、変更が生じたので、届け出ます。

本登録票にあたって下記の事項について同意します。

- ①この登録票を実施施設で使用すること。稲城市が利用に必要な個人情報を実施施設に提供すること。
- ②稲城市が実施施設から利用者の個人情報を含む実施内容について報告を受けること。

申請者 (保護者)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	() (自宅・父の携帯電話・母の携帯電話)
児 童	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

《変更箇所》 変更項目に○を付し、内容を記入ください。

変更項目	住所、電話番号、緊急連絡先、通園施設、主治医 児童の状況(通園施設、主治医、平熱、アレルギーの状況、既往歴、予防接種) その他
内 容	※変更後の状況について、ご記入ください。