

# 新型インフルエンザ等発生時の一時預かり保育希望調べ

令和 年 月 日

(あて先)南幌町長

申告者 住所 南幌町

(保護者) 氏 名

電 話

児 童 氏 名	生 年 月 日	性別	今通っている保育園
	平成・令和 年 月 日	男・女	
	平成・令和 年 月 日	男・女	
	平成・令和 年 月 日	男・女	

## 保育が必要な理由

父	勤務先名称	
	勤務先住所・電話	TEL
	仕事の内容	
母	勤務先名称	
	勤務先住所・電話	TEL
	仕事の内容	

## 緊急連絡者

氏名		続柄		電話	
氏名		続柄		電話	
氏名		続柄		電話	

※一時預かり保育希望調べは保健福祉総合センターあいくる保健福祉課福祉障がいグループに提出、もしくは下記へFAXしてください。また、希望調べはインターネットからもダウンロードできます。

保健福祉課福祉障がいグループ

電話 378-5888

FAX 378-5255