

病後児保育事業登録申請書

肝付町長 様

年 月 日

次のとおり肝付町病後児保育事業への登録を申請します。  
なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報を実施施設が利用することについて、承諾します。

住所  
氏名  
電話

登録児童情報

|              |    |  |                          |
|--------------|----|--|--------------------------|
| ふりがな<br>児童氏名 | 性別 |  | 生年月日<br>( 年 月 日<br>歳 ヶ月) |
| ふりがな<br>児童氏名 | 性別 |  | 生年月日<br>( 年 月 日<br>歳 ヶ月) |
| ふりがな<br>児童氏名 | 性別 |  | 生年月日<br>( 年 月 日<br>歳 ヶ月) |

肝付町にお住まいの方は下記必要事項も記入してください。

| 振込先金融機関 | 銀行名・支店 | 口座種別 | 口座番号 | 口座名義 |
|---------|--------|------|------|------|
|         |        |      |      |      |

※通帳の見開き1ページ目のコピーを添付してください。