託 児 申 込 者 ・ 名 簿

こども緊急サポートふくしま　FAX024-597-6967
申込日　　年　　月　　日（　　）現在

催しもの名：　　担当者名：　　開催日：　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：

	こども氏名（フリガナ）	性別	年　齢	保護者名	ＴＥＬ	住所	アレルギー	特 記 事 項	当日体温
1		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
2		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
3		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
4		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
5		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
6		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
7		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
8		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
9		男・女	歳　　ヶ月				有・無		
10		男・女	歳　　ヶ月				有・無		

この名簿は行事保険加入の関係で福島市社会福祉協議会にも提出します（開催1週間前までに最終確定・提出をお願いいたします）当日体温とは開催日当日の事です