

令和 年 月 日

シダックス大新東ヒューマンサービス株式会社 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

電 話

健康状態について

下記のとおり児童の対応に対し配慮していただきたい内容を報告します。また、就学相談等小学校での相談記録等を確認していただくことに同意いたします。

【健康状態】対象児童（ ）

項 目	詳 細
障 害	
疾 病	
アレルギー	原因物質（ ） エピペンの処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アナフィラキシーをおこしたことがある <input type="checkbox"/> ある（時期 平成・令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※注意

申請いただいても、施設等運営上、安全を確保することが困難な場合は入所できない場合があります。