病後児保育実施連絡票

年　　月　　日

しあわせ保育園　園長 様

医療機関の所在地及び名称

電　話　番　号

担　当　医　師　名

下記の児童について、回復期にあり病後児保育の実施が適当であると認めます。

記

児童名	（男・女）	生年月日	年　　月　　日 生（　　）歳
住 所		電話番号	
病　名			

病後児保育実施連絡票

年　　月　　日

しあわせ保育園　園長 様

医療機関の所在地及び名称

電　話　番　号

担　当　医　師　名

下記の児童について、回復期にあり病後児保育の実施が適当であると認めます。

記

児童名	（男・女）	生年月日	年　　月　　日 生（　　）歳
住 所		電話番号	
病　名			