

山都町病後児保育利用連絡書

児童名 _____

病 名

上記の幼児・児童は病気の回復期にあり、病後児保育が可能であると判断します。

年 月 日

医療機関名 _____

主治医 氏名 _____ 印

※保育上の留意点（安静・食事・薬など）があれば、記入願います。

- ・
- ・
- ・