

別 記

第4号様式(第11条関係)

山武市病後児保育事業連絡票

(宛先) 山武市長

【医療機関記入欄】

児童氏名	
傷病名	
現在の投薬処方	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 処方内容 (処方箋の写、薬袋等の添付でも可)
必要事項	
この児童は診察の結果、集団保育は困難であるが病後児保育事業の利用は可能と認められます。	
年 月 日	
医療機関名	
所 在 地	
電 話 番 号	
医 師 名	
(印)	

【保護者記入欄】

児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
	男 ・ 女		
児童住所	山武市		
保護者氏名		電話番号	()