病後児等保育利用連絡書

　　　保護者氏名

　　　児童氏名

　　　病　　名

　　上記児童は、集団保育が困難な状況であるが、病気回復期であることを認めます。

　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

　　　　　　　　　　　電話番号

医師氏名　　　　　　　　　印