

様式第1号

所沢市病児・病後児保育事業利用連絡票

実施施設 あて

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

乳幼児氏名		住 所	所沢市
病 名 及 び 病 状			
処 方 内 容			
留 意 事 項			
次回診察予定	年 月 日 ()		
年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師氏名			
印			