

宝来こども園 病後児保育事業利用申込書(外科的疾患)

申込日 年 月 日			
宝来こども園園長様			
申込者(保護者) 住所			
氏名			
電話番号			
宝来こども園病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。			
(ふりがな) 児童の氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	延長 ()		
	()		
治療を受けている病院名			
診断名			
(1) 骨折()			
(2) 中耳炎()			
(3) その他()			
症状と経過			
備考			
看護師から医師へ報告をする。 (看護師)			
以上の内容で病後児室の利用を許可します。			
宝来こども園園長 土井 美佳 印			