

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 宛て

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

児童氏名		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			