企業主導型病児病後児保育事業

医　師　連　絡　票

病児保育　　なないろ　宛

年　　月　　日

医療機関　　所在地

名称

電話

FAX

診療医師名　　㊞

児童名			
生年月日	年　　月　　日生	性別	男・女

病名

病状

どちらかに〇をお願いします

【隔離】

要・不要

【服薬】

あり・なし

その他の注意事項

問い合わせ先　なないろ保育園

病児保育　なないろ　　092-596-7716