

病児保育利用連絡書

令和 年 月 日

実施医療機関 殿  
保育所併設型提携医療機関

医療機関名

下記のとおり情報を提供いたします。

児童名	男・女
生年月日	平成 年 月 日（ 歳） 令和
住所	
傷病名	
処方内容	
特記事項	

※実施施設記入欄

登録番号 \_\_\_\_\_ 申込番号 \_\_\_\_\_