

現 症 連 絡 書

高千穂町病後児保育事業実施施設に、入所させたいと思いますので、下記のとおりお知らせします。

記

氏 名		男・女	年 月 日生
病名：			
付記事項（病後児保育の参考事項）			

令和 年 月 日

住 所
医療機関名
医師氏名

※病後児とは：病気回復期にあり、医療機関による入院治療の必要はないが、安静の確保に配慮する必要がある児童です。