年　　月　　日

※保護者→主治医→保護者→保育施設（原本）・伊万里市（写）

（保育施設が確認を要する時に提出）

【様式１６】

（施設名）

（施設長名）　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

主治医確認事項連絡票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童に関する確認事項連絡票を提出します。 | | | | | | |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 受診日 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 保育施設からの  確認事項 | （保育施設での留意事項，行事への参加等について、主治医に確認したい事項を記入） | | | | | |
| 主治医  からの  回答 | （上記確認事項に対する主治医の意見等を記入） | | | | | |
| 医療機関  ・病院名 |  | | | 医師名 |  | |