

平成 年 月 日

葛飾区病児保育利用承諾書

様

施設名 新小岩わんぱくクリニック

施設長名

下記の児童について、葛飾区病児保育の利用を承諾します。
 なお、同一の疾病を理由とした利用は、原則として7日以内とします。

利用児童氏名	性別	生年月日	年齢
	男・女	平成 年 月 日生	歳児クラス
登録施設名	新小岩わんぱくクリニック 電話 TEL 03-6231-5512		
利用日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		