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 |  |