

年 月 日

## 足立区病児保育利用承諾書

様

施設名 東部地域病院病児保育室くろーばー

施設長名 葛西 麻衣子

下記の児童について、足立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	生 年 月 日	年 齢
	年 月 日生	
登録施設名	東部地域病院病児保育室くろーばー 電話 03-5682-5121	
利用日	年 月 日 ~	年 月 日