

## 病児・病後児保育サポート利用許可証

ふりがな	
名 前	
※病院記入 病 名	
備 考	
*新型コロナウイルスの検査実施* <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 陰性 )      ・ <input type="checkbox"/> 無	
年      月      日	
かいようファミリー・サポート・センターの病児・病後児預かりサポートが利用可能であると判断しました。	
医療機関 医師名	(印)

※発熱時は新型コロナウイルス感染症の検査実施をお願いします。

---

## 病児・病後児保育サポート利用許可証

ふりがな	
名 前	
※病院記入 病 名	
備 考	
*新型コロナウイルスの検査実施* <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 陰性 )      ・ <input type="checkbox"/> 無	
年      月      日	
かいようファミリー・サポート・センターの病児・病後児預かりサポートが利用可能であると判断しました。	
医療機関 医師名	(印)

※発熱時は新型コロナウイルス感染症の検査実施をお願いします。