

年 月 日

御中

児童氏名

保護者氏名

印

利用意向確認書

記

下記の内容につきまして、以下の通り利用意向を申し出いたします。

1. 利用目的	病児保育送迎サービス
2. 事業者名	函南平出クリニック小児科
3. 住所	函南町塚本952-24
4. 内容	保育施設等にてお子様が体調不良となった際、保護者が仕事等の都合でお迎えに行くことが困難な場合に、函南平出クリニック小児科の職員が保護者の代わりに迎えに行き、診察後病児保育室でお預かりするサービス

以上

キリトリ線

保護者様に記入していただき、点線で切り取り

送迎サービスを利用したい保育施設(保育園・小学校等)に提出をお願いいたします。