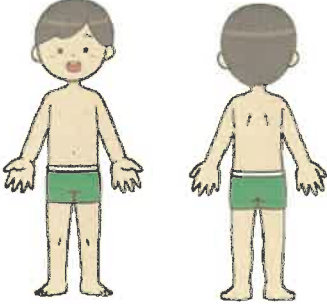
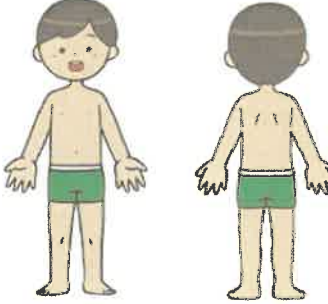
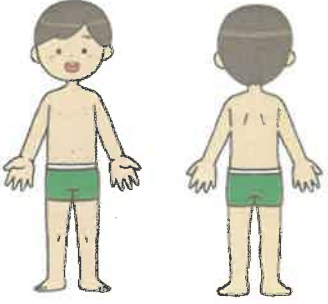


ホクナリンテープ類用連絡票（保護者記載用）

三陽保育園

令和	年	月	日（ 曜日）	～	月	日（ 曜日）
依頼先	三陽保育園宛					
依頼者	保護者名 :					
	児童氏名 :				組名	
	連絡先名称 :					
	電話番号 :					
医療機関名						
病名 または症状						
種類	ホクナリンテープ・その他()					

※テープ貼付部位に○を付けてください

	/ ()	/ ()	/ ()
貼付部位			
登園時 目視確認者			
登園時 貼付部位			

受付日時	/	/	/
連絡票受領者サイン			
貼付部位			
貼付部位確認者			
シールの有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無