

代理受診承諾書

_____ 御中

この度、訪問型病児保育を利用するにあたり、保護者に代わり、特定非営利活動法人にんにんのスタッフに、代理受診をお願いしました。

受診が困難な理由：

[]

患者氏名：

保護者氏名：

印

住 所：