

# 保育内容変更依頼書

令和 年 月 日

依頼先	ひかりこども園		宛
依頼者	-----		
	保護者名	㊞	
	緊急連絡先		
	園児名	男・女	
	クラス名	生年月日	
主治医	病院名：		
	連絡先：		
	医師署名欄	㊞	
①変更する保育内容			
〔 通常保育と異なる保育が必要となる場合の内容を記載してください。 〕			
例：通常のミルクから乳糖不耐症用のミルクへ変更			
②変更理由 (例：乳糖不耐症の疑いがある為)			
③変更期間 (例：〇日間、症状が改善されるまで)			
こども園記載欄			
変更開始日		担任名	