

退 所 届

提出日 令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

所属・職種	
氏 名	印

フリガナ 児童名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
-------------	--	----	-----	------	-------

退所日	令和 年 月 日
-----	----------

※ 確 認 欄 (記載不要です。保育所が記入します。)

受 付 日	病院長	総務課長	課長補佐	職員係	備 考