

西東京市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業医師指示書
標記事業の利用は差し支えありませんので、下記のとおり指示いたします。

※ 太枠内を記入の上、医師にお渡しください。

年 月 日

医師氏名