

眼鏡使用願

平成 年 月 日

社会福祉法人 高峰福祉会
西砂保育園 園長 様

園児名 _____

病 名 _____

期 間 年 月 日 ~ 年 月 日

（ どちらかに○を付けてください ）

- ①（ ） 上記矯正治療のため、保育園での眼鏡使用をお願い致します。
- ②（ ） 上記理由にて、保育園での眼鏡使用をお願い致します。

保護者名 _____