

診断書

医師証明欄

| | | | | |
|-----------------|---------------------------------------|-------|--------------|-------|
| 患者 | 氏名 | | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 |
| | 住所 | 幸田町大字 | | |
| 治癒見込期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |
| 入院期間 ※該当する場合 | 入院：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 通院：月 回、 週 回 | | | |
| 病名・病状 | | | | |

下記のうち該当する□にレ点を付けてください。

- 月120時間以上の治療や安静が必要であり、子どもを保育することができない。
- 月60時間以上の通院加療を行い、上記には満たないが、安静が必要であり、子どもを保育することができない。

| | | |
|-----|---------|----------|
| 証明欄 | 証明日 | 令和 年 月 日 |
| | 医療機関所在地 | |
| | 医療機関名 | |
| | 医師名 | |
| | 電話番号 | |

保護者記入欄（児童が複数いる場合は、本書をコピーして提出してください。）

| | | | | |
|-----------|--|-------|----------------|-------|
| フリガナ | | 利用施設名 | 生年月日 | クラス年齢 |
| 利用 児童名 | | | 平成・令和 年 月 日 | 歳児 |
| フリガナ | | 利用施設名 | 生年月日 | クラス年齢 |
| 利用 児童名 | | | 平成・令和 年 月 日 | 歳児 |
| フリガナ | | 利用施設名 | 生年月日 | クラス年齢 |
| 利用 児童名 | | | 平成・令和 年 月 日 | 歳児 |