

診 断 書

(保育所・幼稚園・児童クラブ入所用)

砥 部 町 長 様

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

病名

[]

(適当な番号を○で囲んでください。)

- 1 上記の者は、療養のために児童の保育ができないと認める。(本人)
 - (1) 1日当たり8時間以下の保育施設の利用が必要である。(短時間)
 - (2) 1日当たり8時間を超える保育施設の利用が必要である。(標準時間)
- 2 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。(介護)

保育できない期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

医 師 名

※ この診断書或いは、同内容を具備する診断書をお願いします。