

診 断 書

(保育所・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)
- 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

年

月

日

から

年

月

日まで

上記のとおり診断する。

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。