

診 断 証 明 書

児童名	年 月 日生	利用(申込)保育所等名
児童名	年 月 日生	利用(申込)保育所等名
児童名	年 月 日生	利用(申込)保育所等名

※ 保護者記入欄

氏 名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他()
-----	--	--------	------------------

※ 医療機関記入欄(申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏 名			
診断名・病名			
医師の所見			
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・その他 ()		
	入院 (期間など:)		
_____年 月 日 ~ _____年 月 日 の期間		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院加療	} が必要である。
上記疾病のため、保育することが(不可能 ・ 支障がある)と認めます。			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
_____年 月 日			
所在地 _____			
病院名 _____			
医師名 _____ (印)			

※お子様を保育することが不可能または支障があることの証明が必要です。

※記入漏れのないようにしてください。

提出先: 松原市福祉事務所(子ども施設課)