

児童コード

-

| | | | |
|--------|----------|-------|-------|
| 保護者記入欄 | 児童名： | フリガナ： | 生年月日： |
| | 入所希望施設名： | | |

診 断 書

診断を受けるもの

住所

氏名

生年月日

| | |
|-------|--|
| 病 名 等 | |
|-------|--|

(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

※期間は最長でも、年度末までとしてください。

上記のとおり、診断する。

記入年月日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

医 師 名

Ⓜ

電 話 番 号

※ この様式或いは、同内容を具備する診断書をお願いします。