

診 断 書

【保護者用証明】

診断を受ける方 住 所 氏 名 生年月日 年 月 日 児童との続柄 ()	
初診年月日 年 月 日	
病名	日常の児童保育の可否 (○で囲む) 1 可能 2 不可能
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	通院及び今後の療養期間 年 月 日から 年 月 日まで ・通院 (週 回または月 回)
病状及び所見 (日常の保育が不可能な方の場合はその具体的な理由もご記入ください)	
年 月 日 (診断書作成年月日) 住所 検診医 医療機関名 医師名 印	

※この診断書は、保育施設入所申請の添付資料として使用します。

この診断書に関するお問い合わせ 座間味村役場 住民課

電話 098-896-4045

保護者記入	児童名	入所保育施設 又は第1希望 保育施設	
	生年月日 (歳)		

