

診 断 書

| | |
|---------------------------|---|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 所 見 (病状等) | (該当の番号を○で囲み、病名・病状についても記入ください) 1. 上記の者は、下記の疾患により児童の保育が困難であると認める。 2. 上記の者は、下記の疾患により日常生活において介護を要すると認める。 病名 <hr/> 病状 (できるだけ詳しくご記入ください) |
| 上記疾患に かかる加療 見 込 期 間 | 年 月 日より 年 月 日 まで |

上記のとおり診断する。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

電 話 番 号

医 師 名

印

※ この診断書は保育施設入所（申請）のために必要なものです。この診断書と同内容を具備する診断書であれば形式は問いません。加療見込期間の記載のないものは無効ですのでご注意ください。

※ この診断書に関する問合せ先 大子町役場 社会福祉担当 TEL0295-72-1117