

診断書

住 所	久万高原町
氏 名	
診 断 名 及 び 診 断 内 容	
保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> やや保育に困難（その見込み期間 年 月頃まで） <input type="checkbox"/> 保育不能（その見込み期間 年 月頃まで）
家族の看護・介護の 必要の可否	<input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 必要とする （その見込み期間 年 月頃まで）

上記のとおりであることを証明します。

久万高原町長 様

年 月 日 医療機関住所.....

医療機関名.....㊟

担当医師名.....㊟

*本様式は保育施設入園や児童クラブの利用に際し、家庭での子どもの保育が困難であることを証明していただくものです。該当する項目に☑をお願いします。

(保護者記入欄)

ふりがな 児童氏名			
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		