

診 断 書

(足利市保育施設等入所申込用)

氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)
傷病名			
所 見			
保育の必要性の度合い	下記のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、期間の記入をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 約_____カ月間の入院が必要であり、児童の保育は困難である。 <input type="checkbox"/> 約_____カ月間の療養が必要であり、児童の保育は困難である。		
備 考	上記の通り診断します。 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 電 話 番 号 医 師 名 ㊟		

注意事項
(記入者様へ)

1. お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入下さい。医師印も必ず押印をお願い致します。
2. 医療機関指定の診断書となる場合は、上記項目を全て記載頂くようお願い致します。
3. この書類に関する費用の負担は、請求者になります。
4. 児童が保育所等に入所している期間中は、現況調査のため最低でも1年に1回は診断書の提出が必要となります。