

入会クラブ（	放課後児童クラブ）	児童氏名（	）
--------	-----------	-------	---

診 断 書 (療養者本人用)

住 所 阿見町
氏 名
生年月日 昭和・平成 年 月 日生

病名（

上記の者は、療養のため、児童の保育ができないと認める。
保育のできない期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

医師名

㊞

*この診断書あるいは、同内容を具備する診断書でお願い致します。