

(利用施設名)

(児童氏名)

診 断 書

住 所 阿見町

氏 名

生年月日 年 月 日生

病 名 ()

① 上記の者は、療養のため、児童の保育ができないと認める。

保育ができない期間 年 月 日 ~ 年 月 日

② 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。

介護の必要な期間 年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおり診断する。

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をお願いいたします。

お問合せ先 阿見町役場こども未来課 TEL029-888-1111（内線 708・117）