

診 断 書

(保育ができないことを証明する書類)

診断が必要な者			
*この欄は保護者が記入の上、病院に提出してください。			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	西ノ島町大字		

医師記入欄	
病 名	
症 状	
療養期間	年 月 日から _____力月程度の療養が必要
この受診者が 児童を保育する能力	1.保育に支障なし 2.やや保育困難 3.保育困難 4.保育不能
年 月 日	
西ノ島町長 様 上記のとおり診断する。	
住 所	
医療機関名	
医 師 名	印

*この診断書について、子どもの継続入所の場合や療養期間経過時には、再度提出が必要です。