

(放課後児童健全育成施設用)

| 児 童 氏 名 | 学 年 | 施 設 名 |
|---------|-----|-------|
|         | 年   |       |
|         | 年   |       |
|         | 年   |       |

## 診断書

年 月 日

八幡市教育委員会教育長 あて

住 所

氏 名

電話番号

児童との続柄

父・母・祖父・祖母

その他 ( )

記

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 患 者 住 所                  |                            |
| 患 者 氏 名                  |                            |
| 傷 病 名 ( 症 状 )            |                            |
| 保育ができない、又は看護・介護が必要な期間    | 年 月 日 ~ 年 月 日              |
| いずれかにチェックを入れてください。       |                            |
| <input type="checkbox"/> | 上記患者は療養のため児童の保育ができないと認める。  |
| <input type="checkbox"/> | 上記患者は日常生活において看護・介護の必要を認める。 |

上記のとおり診断する。

診断日 年 月 日

医療機関住所

医療機関名称

電話番号

医師名

印