

氏名(診断を受ける人)		児童から見た続柄		児童名	
-------------	--	----------	--	-----	--

園名 () 決定番号()

診 斷 書 (※傷病用)					
病 人 等	住 所				
	氏 名	生年月日 昭・平 年 月 日		(満 歳)	
傷 病 名					
診療の始期	平・令 年 月 日	診療見込期間	令和 年 月 日まで	(ヶ月)	
特 記 事 項	児童の保育の可能性	<input type="checkbox"/> 保育に支障ない <input type="checkbox"/> やや保育困難 <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不能			
	その他				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 医療機関 ・ 医師名					

医療機関様

日向市福祉事務所所長

この診断書は、児童が保育所や認定こども園を利用する際、「保護者等が病気のため児童を家庭で保育できない」状況を確認するために必要なものです。保護者より診断書発行の依頼がありました際は、よろしくご協力のほどお願い申し上げます。

お問い合わせ先　日向市こども課　保育係　TEL　0982-52-2111（内線2179）