

保護者記入欄	児童名:	フリガナ:	生年月日:
	児童名:	フリガナ:	生年月日:
	入会希望施設名:		

## 診 断 書

(アフタースクール区分2利用申請用)

### 【診断を受けるもの】

住 所

氏 名

生年月日

(適当な番号を○で囲んでください)

- 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。(本人)
- 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。(介護)

病 名 等			
-------	--	--	--

保育できない期間 年 月 日～ 年 月 日

入院中の場合 入院期間( 年 月 ～ 年 月 )

※期間は最長でも、年度末までとしてください。

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

印

電話番号

※ この様式あるいは、同内容を具備する診断書をお願いします。