

# 診 断 書

(本人用)

住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日生

病名： ( )

上記の者は、療養のため、児童の保育ができないと認める。

保育のできない期間 : 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：

電 話 番 号：

※この診断書または、同内容を具備する診断書をお願いいたします。

※この診断書は、保育所入所申込みに使用します。

※内容の確認のため、ご連絡をすることがあります。

## 【保護者記入欄】

施設名	児童名	生年月日
<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 第一希望		年 月 日
<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 第一希望		年 月 日
<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 第一希望		年 月 日