

診 断 書

(介助者用)

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日生

病名： ()

上記の者は日常生活において介助の必要性を認める。

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でお願いいたします。

※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