|  |
| --- |
|  |
|  |
| **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 |
| □利用中 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| □第一希望 |
| □利用中 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| □第一希望 |
| □利用中 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| □第一希望 |