|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **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 |
| □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 |