

# 診 断 証 明 書

住 所 周南市 \_\_\_\_\_

続柄

氏 名 \_\_\_\_\_ ( )

児童氏名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 児童クラブ \_\_\_\_\_ 年)

児童クラブの入会手続きをするに当たり、保護者が家庭で保育ができないことの証明をお願いします。

---

## 医師証明欄

1 氏 名 \_\_\_\_\_

2 傷 病 名 \_\_\_\_\_

3 治 療 期 間 (保護者が家庭で児童を保育することが困難と見込まれる期間)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

上記のとおり、証明いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)