診　断　証　明　書

住　　所　周南市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）
続柄

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞