

診 断 証 明 書

児童名 _____ [利用施設名 _____]

この証明書は、保育所等に利用の申込みをするために、保護者が家庭で保育ができないことを確認するものですので、その証明をお願いします。

記

- 1 住 所 _____
- 2 氏 名 _____ 利用希望児童との続柄 (_____)
- 3 傷 病 名 _____
- 4 治療見込期間 (入院 ・ 通院)
_____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで

治療見込期間のうち、保護者が保育所等利用希望児童の家庭での保育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。

年 月 日

所 在 地 _____

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印