

疾病等証明書(診断書) 【学童保育用】

疾病者氏名	
病 名	
受診状況	・通院 （ □月 ・ □週 _____日程度 ） ・入院（予定）期間 年 月 日～ 年 月 日
児童の保育が困難である状況等	☐ 寝たきり等、全面的に介助が必要 ☐ 常時安静、介助必要 ☐ 自宅療養 ☐ その他（ ）
児童の保育について	☐ 保育は可能 ☐ 保育は不可能
(医師の証明)	
上記診断のとおり証明する。	
令和 年 月 日	
医療機関名	
医 師 名	
鯖江市長 殿	

【この証明書の記入方法に関する問合せ先】 鯖江市こどもまんなか課 TEL 0778-53-2224

保護者記入欄

会場名	
児童氏名	