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 |  |