

# 診 断 書

東松山市長 宛て

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 名

次のとおり診断する。

氏 名	
生 年 月 日	
診 断 名	
児童の保育についての所見 <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が困難な状況である <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が部分的に困難な状況である	
今後の状況 <input type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない <input type="checkbox"/> _____か月以上治る見込みがない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
備 考	

注意事項（記入者様へ）

- 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。
- 2 この書類に関する費用の負担は請求者（患者）になります。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel: 23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

（保護者記入欄）

クラブ名 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_