

(保護者記入欄)	
父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）	
児童氏名_____	生年月日_____年____月____日
<input type="checkbox"/> 在所中 在所保育施設名_____	※在所中か申請中のいずれかに ☑をつけてください。
<input type="checkbox"/> 申請中 (____)年(____)月入所希望で申請	

※以下は医師に記入してもらってください。

## 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。