

(入室申請用)

患者	名前		生年月日	年	月	日
	住所					
傷病名						
医師の意見・現在の病状等		※該当する項目にチェックを入れてください ☐ 当該患者は、上記内容から児童の保育ができないと認める。(疾病・障がい) ☐ 当該患者は、上記内容から親族による介護・看護の必要を認める。(介護・看護)				
治療見込期間		※該当する項目にチェックを入れ、「あり」の場合、期限を記入してください ☐ あり 年 月 日 ~ 年 月 日ごろまで ☐ 無期限				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 印						

- ・この書類は、留守家庭児童育成会の入室申請に当たり、保護者の保育を必要とする事由を確認するためのものであり、申請児童の健康状態を把握するためのものではありません。
- ・該当する項目にチェックを入れ、必要事項の記入をお願いします。
 - ・訂正の際は二重線を引き訂正印を押印してください。
 - ・本診断書の内容について、吹田市放課後子ども育成会から直接照会させていただくことがあります。
 - ・記入に当たり、御不明点等がありましたら、下記問合せ先まで御連絡ください。

《本証明書に関する問合せ先》

〒564-8550
吹田市泉町1丁目3番40号
吹田市教育委員会事務局 地域教育部 放課後子ども育成
室
直通電話 06-6384-1599