

# 診断書

(利用申込用)

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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日ごろまで <input type="checkbox"/> 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						

## 保護者記入欄

利用状況	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	施設名	児童名	生年月日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続				年	月	日

- この書類は、留守家庭児童育成室の利用申込等にあたり、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す。
- チェックボックスがある欄にチェックを入れ、必要事項の記入をお願いいたします。
- 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課より直接照会させていただくことがあります。
- 記入にあたり、ご不明な点等がありましたら、下記問合せ先までご連絡ください。

《本証明書の提出先及び問合せ先》

〒564-8550  
吹田市泉町1丁目3番40号(住所記載不要)  
吹田市教育委員会 地域教育部 放課後子ども育成課 宛  
直通電話 06-6384-1599