

## 診 断 証 明 書

(宛先) 周南市長

入会児童名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 児童クラブ \_\_\_\_\_ 年 )

この証明書は、児童クラブに入会の申込みをするため、保護者が家庭で保育ができないことを確認するものですので、その証明をお願いします。

### 記

1 住 所 \_\_\_\_\_

2 氏 名 \_\_\_\_\_ 児童との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

3 傷 病 名 \_\_\_\_\_

4 治療見込期間 ( 入院 ・ 通院 ) \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

治療見込期間のうち、保護者が家庭で児童を保育することが困難と見込まれる期間

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記のとおり、証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印