

※太枠部分は、申請者が必ずご記入ください。

保育所申請中

保育所入所中

ふりがな
児童名：

診 断 書 (証 明 書)

患者 住 所 長崎市 町 丁目 番地 番 号
氏 名 大昭平令 年 月 日生

1. 傷病名

2. 初診年月日 年 月 日 入院 年 月 日

上記の者は頭書の疾患に罹り、

今後 日間の入院・通院治療を要する。

なお、上記の診断により、保育所等での保育の必要性は 有 と認める。
 無

令和 年 月 日

(医療機関名)

住 所

医師名

印