**(看護用)　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠部分は、申請者が必ずご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 保育所・認定こども園**申請中**(第1希望) | ふりがな  児童氏名： |
| 保育所・認定こども園**入所中** |
| **診　断　書(証明書)**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  患　　者　　　住所　　長崎市　　　　　　町　　　　丁目　　　　番　　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平  　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　令　　　年　　 月　　　日生  1.　傷 病 名    上記の者は頭書の疾患に罹り今後　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間  □入院中により  　　　　　　　　　　　　　　 付添　　　　要　　　　否　　　　と認めます。  □自宅療養中により  令和　　　年　　　月　　　日  （医療機関名）  住所  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |