

# 記入例 通院（入院）証明書

※修正テープ使用不可※ 修正する場合は、二重線を引いた上、訂正印を押してください。

那須塩原市長 様

申立者が記入してください。

申立人住所 那須塩原市共壱社 1-2-3

電話番号 0287-62-0000

以下は、かかりつけ医が記入してください。

立人氏名 那須塩原 百合

児童との続柄 祖母

押印

次のとおり **①通院** ②入院 していることを証明します。

通院（入院）者氏名	那須塩原 百合	
通院（入院の状況）	通院	平成 30年 9月 1日 通院開始 平成 年 月 日 完治予定 週・月 <u>3</u> 回程度
	入院	平成 年 月 日 入院 平成 年 月 日 退院（予定）
病名	リウマチ	
通院の場合 日常生活の概況 ○をつけてください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならぬ。</li> <li>・病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。</li> <li>・病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。</li> </ul>	

上記のとおり相違ないこと 入院の場合は記入不要です。

平成 30年 9月 30日

証明日を記入してください。

医療機関 なすしおばら

所在地 那須塩原市△△△

電話番号 0287-67-0000

医師名 那須 大地

病院の印鑑で押印してください。

※ この証明書は児童福祉法に基づく保育園等への入園及び継続通園の要否判定に使用するものです。それ以外の目的には保護者が記入してください。

通園・申込状況（保護者記入欄）

児童氏名	<u>那須塩原 太郎</u> (29年 9月 2日生)	<u>〇〇〇〇〇</u>	在園・ <b>入園希望</b>
〃	<u>那須塩原 桃子</u> (27年 5月 5日生)	<u>〇〇</u> 保育園	<b>在園</b> ・入園希望
〃	( 年 月 日生)		在園・入園希望