

通院（入院）証明書

那須塩原市長 様

申立人住所 _____

電話番号 _____

申立人氏名 _____ ㊟

児童との続柄 _____

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			
通院（入院の状況）	通院	平成 年 月 日 通院開始 平成 年 月 日 完治予定 週・月 _____回程度	
	入院	平成 年 月 日 入院 平成 年 月 日 退院（予定）	
病名			
通院の場合 日常生活の概況 ○をつけてください。	・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。 ・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。 ・病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。		

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

医師名 _____ ㊟

※ 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。それ以外の目的に使用することはありません。

通園・申込状況（保護者記入欄）

児童氏名 _____（ 年 月 日生） _____ 在園・入園希望
〃 _____（ 年 月 日生） _____ 在園・入園希望
〃 _____（ 年 月 日生） _____ 在園・入園希望