

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

病名

保育できない期間 年 月 日 ～ 年 月 日

(本人)

1. 上記の者は、常時寝たきり・感染症のため児童の保育ができないと認める。
2. 上記の者は、1か月以上の安静を要するため児童の保育ができないと認める。
3. 上記の者は、1か月以上の通院加療を要するため児童の保育ができないと認める。

(介護・看護)

4. 上記の者は、日常生活において介（看）護の必要を認める。

* 1～4のいずれかの番号に丸印（○）をつけてください。

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院（医院）所在地

証明者 病 院 （ 医 院 ） 名

医 師 名

滋賀県米原市長 あて

* この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いします。

* 診断書の内容について、病院等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。

保 護 者 記 入 欄	子どもの氏名（保護者の続柄）	(父・母)
	入所・園（希望）保育所・認定こども園等 (入会（希望）クラブ)	保育園・認定こども園 (クラブ)