保護者疾病

診 断 書

廿日市市長　様

氏　　名		住所	
生年月日等	年　　月　　日　　□ 男　□ 女		
病　　名			
症　　状			
加療見込期間	(開始)　　年　　月　　日　(終了)　　年　　月　　日		
当該人の家庭での保育についてのご意見 (該当項目に○印のご記入をお願いします。)	1　疾病により保育が困難である。 2　家庭での保育は可能である。		

年　　月　　日　　医療機関名

所　在　地

医　師　名　　印

保護者記載欄

フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和	年	月	日	保育施設名

※申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。