診　断　書

患者	氏名	男・女	生年月日	T・S H・R　　年　　月　　日生
	住所			
傷病名				

（適当な番号を〇で囲んでください。）

上記の者は，頭書の傷病により，

１．療養のため児童の保育ができないと認めます。

２．常時介護の必要を認める。

保育できない期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

医師名　　㊞

※　この診断書あるいは，同内容を具備する診断書でお願いします。

保護者記入欄	幼稚園・保育所等施設名：	児童名： （　　年　　月　　日生）	
		児童名： （　　年　　月　　日生）	
	◎　個人情報の収集について（次のどちらかの番号を〇で囲んで下さい。） （１）　現在受けている介護サービス等を証明する書類等を添付します。 （２）　介護状況等について，関係課等に報告を求めることに同意します。		
	常時介護の場合	介護にあたる人の欄	（続柄：　　）

※　太枠の中を医療機関にて証明を受けてください。
　　傷病名により障害手帳等の写しを添付していただく場合があります。
※　記入に際してご不明な点等がございましたら，土浦市こども福祉課保育係
　　０２９－８２６－１１１１（内線２４１８）までご連絡ください。