診　　断　　書　（児童クラブ入所用）

患者	氏名		生年月日　　年　　月　　日生
	性別　男・女	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る。

２．常時介護の必要を認める。

保育できない期間

令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

上記のとおり診断する。

令和　　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	児童クラブ	児童氏名：
	常時介護の場合	児童氏名：
	介護にあたる者の氏名：　　（児童との続柄：　　）	

※　太枠の中を医療機関にて証明を受けてください。
　　傷病名により障害者手帳等の写しを添付していただく場合もあります。

※　記入に際してご不明な点等がございましたら、土浦市保育課放課後児童係
　　０２９－８２６－１１１１（内線５１７２）までご連絡ください。