

医師による証明書

氏 名：()

児童入園（予定）施設：() こども園／保育園

児童氏名：()

生年月日：(年 月 日生まれ) 児童との続柄：()

病 名：()

病気療養見込期間：()

※以下の当てはまるものにチェック（☑）をお願いします。

☐ 自宅療養	☐ 常時病臥 ☐ 精神性疾患・感染症又は特殊疾病 ☐ 常時安静
☐ 通院	☐ 週 5 日以上通院の必要がある ☐ 週 4 日以上通院の必要がある ☐ 週 3 日以上通院の必要がある
備考	

上記のとおり相違ありません。
医師等証明
病院名：() (令和 年 月 日)
医師名：() 印 (TEL)

備考：この証明書はこども園・保育園入所のため使用し、それ以外には使用しません。