

## 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。

|                               |                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅療養 | <input type="checkbox"/> 常時病臥<br><input type="checkbox"/> 精神性疾患・感染症又は特殊疾病<br><input type="checkbox"/> 常時安静                       |
| <input type="checkbox"/> 通院   | <input type="checkbox"/> 週 5 日以上通院の必要がある<br><input type="checkbox"/> 週 4 日以上通院の必要がある<br><input type="checkbox"/> 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 (令和 年 月 日)  
病院名：( )  
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。