**診　断　書**

　　　患者氏名

　　　住　　所

　　　生年月日　　　　明・大・昭・平　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　病　　名

|  |
| --- |
| ＜病状＞ |

　上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。

 保育できない期間　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで

　上記のとおり診断する。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　医療機関所在地

　　　　医 療 機 関 名

　　　　医　　師　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※　この書類は、身体障害者手帳等の写しをもって省略することができます。

　※　この様式あるいは、同内容を具備する診断書でお願いします。