

受付日		受付 クラブ名		受付者	
-----	--	------------	--	-----	--

ク ラ ブ 名	児童クラブ
学年・児童名	年

診 断 書

令和 年 月 日

磐 田 市 長 様

住 所			
氏 名	年 月 日生 (男・女)	児童との 続柄	父・母・祖父・祖母 その他 ()
傷 病 名			
病 状			
治療期間	通院	月・週 回	
	入院		
総合所見・ 家庭保育に 対する影響			
保育の可否	可 ・ 否 (いずれかに○印をお願いします。)		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師 ㊟</p>			