

受付日		クラブ名		受付者	
宛名番号					

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

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。)		
上記のとおり診断する。				
医療機関名				
所在地				
担当医師 印				