

受付日			/			クラブ名		受付者	
入力					チェック			コピー	
宛名番号									

ク　ラ　ブ　名	児童クラブ
学　年　・　児　童　名	年

令和 年 月 日

診 断 書

磐 田 市 長

住 所			
氏 名		年 月 日生 (男・女)	児童との 続柄 父 ・ 母
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			