

診 断 書

(保育ができないことを証明する書類)

診断が必要な者		*この欄は保護者が記入の上、病院に提出してください。	
氏名		生年月日	年 月 日
住所	江津市 町		

医 師 記 入 欄	
病名	
症状	
療養期間	年 月 日から _____か月程度の療養が必要
この受診者が児童を 保育する能力	1. 保育に支障なし 2. やや保育困難 3. 保育困難 4. 保育不能
年 月 日	
江津市長 様 上記のとおり診断する。	
住所	
医療機関名	
医師名	印

保護者記入欄			
ふりがな 子どもの氏名	生年月日	保育施設等名 ※申込中の場合は第1希望	入所の状況 ※該当に○
	年 月 日		申込中・内定・在園中
	年 月 日		申込中・内定・在園中
	年 月 日		申込中・内定・在園中

※この診断書について、子どもの継続入所の場合や療養期間経過時には、再度提出が必要です。