

※太枠部分は、申請者が必ずご記入ください。

保育所・認定こども園申請中(第1希望)

ふりがな
児童氏名:

保育所・認定こども園入所中

診断書(証明書)

患者 住所 長崎市 町 丁目 番地 号
氏名 大昭平令 年 月 日生

1. 傷病名

上記の者は頭書の疾患に罹り、

今後 日間の入院・通院治療を要する。

なお、上記の診断により、保育所等での保育の必要性は 有 と認める。
 無

令和 年 月 日

(医療機関名)

住所

医師名

印