

傷病証明書（本人用）

（医師）

様

住所 玉村町大字

申請者

氏名

〔 児童との続柄
父・母・祖父・祖母・他（ ） 〕

保育関係施設の利用に関する書類に医師の証明が必要となりますので、証明願います。

医 師 の 証 明 書

住 所 玉村町大字

氏 名 (年齢 歳)

病 名 初診日 年 月 日

1. 現在の心身の状況についてご記入ください。

2. 生活（仕事・家事・育児等）に制限はありますか。

有 仕事・家事・育児・その他（ ）に制限が必要である。
無

3. 医学的見地から、未就学児童の保育をする事は可能ですか。

1) 可能と考える

2) 不可能と考える・・・いつまでその状況が続くと考えられますか。

①（ 年 月 日頃まで） ② 未確定

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

病院（医院）名

医師名

電話番号

印

利用希望施設名 _____

保護者氏名 _____

児童氏名 _____

※申込児童全員の氏名を記入してください