

診 断 書

年 月 日

稲敷市教育委員会教育長 様

患者 住所 稲敷市 _____

氏名 _____

上記の患者について、療養のため児童の保育ができないことを認めます。

記

病 名	
保育のできない期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医 療 機 関 名	
医 療 機 関 地 所 在 地	
医 師 名	⑩

※この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いいたします。
※通院の場合、通院したことが分かるもの（病院の領収書）の写しを毎月提出する必要があります。薬局の領収書は不可です。

【お問い合わせ】
稲敷市教育委員会学務管理課
TEL: 029-892-2000 (内線2416)

保護者記入欄

	児童氏名 (生年月日)	入園(または第一希望)保育施設名
入園希望児童	(H・R . .)	保育施設(園)
	(H・R . .)	保育施設(園)
	(H・R . .)	保育施設(園)