

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

病 名 _____

治療期間 _____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日

入院期間 _____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日

上記の者は、下記の理由により児童を家庭で見守ることが困難であることを証明する。

病 状

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名

電話

保護者の方へ

医療機関の担当者の方へ

この診断書は、安曇野市児童クラブに入所を希望する保護者の方が、負傷・疾病等により小学校に通う児童の見守りが家庭でできないことを証明するためのものです。これ以外の目的には使用しません。

この診断書は、安曇野市児童クラブに入会を希望する保護者の方に提出していただきます。病状や治療期間等を確認させていただくことにより、児童クラブへの入所が必要な期間を確認させていただきます。**様式は任意ですが、児童の見守りが困難であることが証明されていない診断書は受けません。**

安曇野市教育委員会 教育部
子ども家庭支援課児童青少年係
〒399-8281 安曇野市豊科 6000 番地
TEL:71-2078 Fax:72-2065