

診 断 書

下記の者は、傷病治療のため入院及び自宅療養の必要があり、下記の期間治療に要することを証明する。

記

※医師記入欄

住 所	岸和田市				
児 童 氏 名		生年月日	平成	年	月 日生
入 院 期 間	平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日
自宅療養の期間	平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日
傷 病 名					
平成 年 月 日 医療機関名 医 師 名					

太枠の内側部分をご記入ください

引き続き 15 日以上欠席した証明書

上記児童は、下記の期間連続して保育施設を欠席したことを証明します。

記

※施設長記入欄

欠 席 期 間	平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日
平成 年 月 日 保 育 施 設 名 施 設 長 名					

太枠の内側部分をご記入下さい