

通院（入院）証明書

大田原市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
児童との続柄 _____

次のとおり、通院（入院）していることを証明します。

医療機関記入欄

通院（入院）者氏名			
通院（入院）の状況	通院	年 月 日 通院開始 年 月 日 完治予定 週・月 _____ 回程度	
	入院	年 月 日 入院 年 月 日 退院（予定）	
病 名			
通 院 の 場 合 日 常 生 活 の 概 況 ○をつけてください。	・ 重篤であり、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならない。 ・ 病状、服薬等の影響で日常生活（仕事など）を中断し、療養する必要がある。 ・ 症状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。		

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関

所 在 地

電話番号

医 師 名

印

保護者記入欄

児童氏名 _____（ 年 月 日生） _____ 在園・入園希望
// _____（ 年 月 日生） _____ 在園・入園希望
// _____（ 年 月 日生） _____ 在園・入園希望