

通院（入院）証明書

大田原市長 様

申立人住所 _____

申立人氏名 _____ (印)

(児童との続柄) _____

次のとおり 1. 通院 2. 入院 していることを証明します。

通院（入院）者氏名			
通院（入院）の状況	通院	年 月 日 年 月 日	通院開始 完治予定 週・月 _____ 回程度
	入院	年 月 日 年 月 日	入院 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)

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