

# 通院（入院）証明書

申立人住所 \_\_\_\_\_

申立人氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(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	令和 令和	年 年	月 月	日 日	通院開始 完治予定 週・月 _____ 回程度
	入院	令和 令和	年 年	月 月	日 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 \_\_\_\_\_ ㊞

---

児童氏名	【学年】 _____ 年 【氏名】 _____ ( _____ 年 月 日生)
	【学年】 _____ 年 【氏名】 _____ ( _____ 年 月 日生)
	【学年】 _____ 年 【氏名】 _____ ( _____ 年 月 日生)