

通院（入院）証明書

津南町教育委員会 様

申立人住所 _____

電話番号 _____

申立人氏名 _____ ㊟

児童との続柄 _____

※自署の場合押印不要

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 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。	・症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならぬ。 ・病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。 ・病状は軽易だが、児童の保育には適さない。		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

医師名

㊟

※ この証明書は児童福祉法に基づく保育園等への入園及び継続通園の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

通園・申込状況（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

記入例

通院（入院）証明書

津南町教育委員会 様

申立人住所 津南町大字下船渡戊

電話番号 025-765-0000

申立人氏名 津南 梅子

児童との続柄 曾祖母

※自署の場合押印不要

次のとおり ①通院 ②入院 していることを証明します。

Table with 4 rows: 1. Patient name (津南 梅子); 2. Hospitalization status (通院/入院) with dates and frequency (1回程度); 3. Disease name (リウマチ); 4. Summary of daily life (症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならぬ...)

上記のとおり相違ないことを証明する。

(和暦) 〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関 〇〇〇病院

所在地 津南町△△△8-8

電話番号 025-765-0000

医師名 津南 大地

※ この証明書は児童福祉法に基づく保育園等への入園及び継続通園の要否判定に使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。

通園・申込状況（保護者記入欄）

Table with 3 rows for child names and status: 津南 太郎 (〇〇年 〇〇月 〇〇日生) 〇〇〇〇〇 在園・入園希望