

保護者記入欄	学童名： _____	フリガナ： _____	生年月日： _____
	学童名： _____	フリガナ： _____	生年月日： _____
	学童名： _____	フリガナ： _____	生年月日： _____
	学童名： _____	フリガナ： _____	生年月日： _____
	学童名： _____	フリガナ： _____	生年月日： _____
	入所希望施設名： ちゃいんどスペースキャビン/運営・管理法人：株式会社 アイバックス早池峰		

診 断 書

診断を受ける者

住所

氏名

生年月日

病 名 等	
-------	--

(適当な番号を○で囲んで下さい。)

1. 上記の者は、療養の為に児童の保育が出来ないと認める。(本人)
2. 上記の者は、日常生活に於いて介護の必要を認める。(介護)

保育出来ない期間 年 月 日 から 年 月 日まで

※期間は最長でも、年度末迄として下さい。

上記の通り、診断する。

年 月 日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

医 師 名

Ⓜ

電 話 番 号

※ この様式或いは同内容を具備する診断書でお願い致します。