

通院（入院）証明書

上士幌町長 様

次のとおり 通院
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	平成	年	月	日	通院開始
		平成	年	月	日	完治予定
						週・月 _____ 回程度
	入院	平成	年	月	日	入院
		平成	年	月	日	退院(予定)
病名						
通院の場合の 日常生活の概要 <small>該当に○をつけてください。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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ない。 ・ 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。 ・ 病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> その他特記事項 </div>					

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日 所在地
医療機関
医師名
電話番号

印

* 保護者記入欄

申立者氏名			
申立者住所			
電話番号		児童との続柄	
通園・申込状況	児童氏名	申 込 施 設	
		_____ (在園・入園希望)	
		_____ (在園・入園希望)	
		_____ (在園・入園希望)	
		_____ (在園・入園希望)	

※この申立書は保育所、認定こども園などの入園申し込み及び継続申請のために必要なものです。