

診 断 書（65歳以上は不要）

申 請 者	ふりがな		男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	氏 名				
	住 所	和東町大字 小字 番地			
傷 病 名					
治療期間 (見込み)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日間
保育の可否(療養・治療期間中)			保育できる ・ 保育できない		
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
医療機関 住 所					
医療機関名					
医 師 名 印					