（預かり保育申込用）

診　断　書

＜保護者 ・ 同居者用＞

＜診断を受ける方＞

住　　所

氏　　名

生 年 月 日　　昭 ・ 平　　年　　月　　日

園児との続柄　　（　　）

初 診 年 月 日　　昭 ・ 平　　年　　月　　日

病　　名	日常の児童保育の可否（○で囲む） 1 可能　　2 不可能
入院期間 年　　月　　日から 年　　月　　日まで	通院及び今後の療養期間 年　　月　　日から 年　　月　　日まで 通院 （週　　回 又は 月　　回）

症状及び所見（日常の保育が不可能な方の場合は、その具体的な理由もご記入ください。）

診断書作成年月日

平成　　年　　月　　日

住　　所
医 療 機 関 名
医　師　名　　印

※ この診断書は、石垣市立幼稚園預かり保育利用申込みの添付資料として使用します。

この件に関するお問い合わせ先　　石垣市教育委員会　学校指導課　0980－82－4701