

※保育園等名【

※児童名【

診 断 書

嘉島町長 様

住 所 上益城郡嘉島町

申請者

氏 名

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

㊞

証明者職氏名

㊞

担当者氏名

電話番号

下記のとおり診断します。

患者氏名

病名

発症日

昭和・平成・令和 年 月 日 発症

内容

(該当番号に○をつける)

1. 安静が必要

2. 就労できない

3. 看護・介護が必要

(看護・介護している者の氏名：

)

4. その他 (

)

[備考] ※安静が必要な期間など詳細を記入ください。

【注意】・太枠内は、医療機関より、記入してもらってください。

・医療機関の印が無いものは、無効となりますので必ず押印下さい。

・不明な点や状況等を医療機関へ確認させて頂く場合があります。

(お問い合わせ) 嘉島町役場福祉課こども係 TEL 096-237-2576