

※保育園名【 保育園】
※児童名【 】

診 断 書

嘉島町長 荒木泰臣 様

申請者 住 所 上益城郡嘉島町 番地
氏 名 ⑩

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名 ⑩

証明者職氏名 ⑩

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 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]	

【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) 嘉島町役場町民課福祉係 TEL 096-237-2576