

※保育園等名【

※児童名【

診 断 書

嘉島町長 荒木泰臣 様

住 所 上益城郡嘉島町 番地
申請者 氏 名 ⑩

令和 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・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]	

【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