

(豊後大野市保育施設等入所用)

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

傷病名	
所 見	
入院・治療が 必要な期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)
日常の保育が できない期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)

上記のとおり診断します。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

印

※この様式以外でも療養期間（保育のできない期間）がわかる診断書であれば可。