

別紙③

令和 年 月 日

大府市長 殿

園 名		年保育	
児童名		実施No.	

疾病者住所
 疾病者氏名
 続柄 ()
 疾病介(看)護者氏名
 続柄 ()

保 護 者 記 入 欄

保育必要 時 間	平 日	午前	時	分	～	午後	時	分
	土曜日	午前	時	分	～	午後	時	分

※保育必要時間は、送迎の時間を記入してください。

①入院の場合

傷 病 名	
発病日 年 月 日	入院 年 月 日～ 年 月 日
介(看)護の状況・必要(週 回) 退院後の治療状況	

②家庭で介(看)護の場合

傷 病 名	
発病日 年 月 日	介(看)護の状況・必要(週 回)

③通院の場合

傷 病 名		
発病日 年 月 日	治療状況(週 回)	治ゆの予定 年 月

医 師 の 所 見 (保育できない状況)	
-------------------------	--

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住所

病院名

電話

担当医師名

印

- (注1) 証明書を訂正する場合は、二重線で消し、訂正印(証明者印)を押してください。
- (注2) ①～③の該当項目に記載し、医師の所見を必ず記載すること
- (注3) 医師の所見欄に記載いただく保育を必要とする(保育ができない)状況について、明確に確認できない場合は入所要件を満たしません。
- (注4) 証明書の内容が、事実と相違した場合は、保育所入所を取消します。