診 断 書

竹原市長 様

氏名		生年月日	年	月	日
住所				性別	男・女
病名					
症状					
加療見込期間	年	月	日	～	年 月 日
児童保育の可否	1 疾病等により保育は困難。 2 家庭での保育は可能。				
上記のとおり診断する。					
年 月 日		医療機関所在地			
		医療機関名			
		医師氏名			印