

# 診 断 書

年 月 日

(宛先)  
戸田市長

氏名： \_\_\_\_\_

病名・病状：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

治療期間（見込）： 年 月 日 ~ 年 月 日まで

上記の病名・病状により家庭内で保育できないことを診断しました。

病院名： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_ 印

(問い合わせ先) 戸田市保育幼稚園課 048-424-9571