

診断書

氏名： _____

診断名： _____

種別（複数チェック可）：

精神的疾患 身体的疾患 常時病臥 難病 感染症 一般療養

診断日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院： 無 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

通院： 週 _____ 回程度 月 _____ 回程度 不定期

療養期間： 決まっている（ _____ 年 _____ 月頃まで） 未定

治療期間： 決まっている（ _____ 年 _____ 月頃まで） 未定

治療内容： _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

連絡先：

担当医師名：

印

【問合せ先】 多摩市子ども青少年部児童青少年課

電話 042-338-6884 FAX 042-372-7988

学童クラブ申請者記入欄	
申請者住所	
フリガナ	
児童氏名	
申請状況	() 学童クラブに在籍中 第一希望 () 学童クラブに申請中
どなたの証明書ですか	父 ・ 母 ・ 同居者 ()

