

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 （ _____ ）	

