

通 院 証 明 書

年 月 日

真岡市福祉事務所長 様

医 療 機 関

所 在 地

名 称

医 師 名

印

次の者は、傷病治療のため下記のとおり通院していることを証明します。

1. 通院者

* 住 所

* 氏 名

2. 通院の状況

年 月 日から 週 回程度 月 回程度

* 病 名

* 病 状

※ 医療機関への連絡事項

1. この証明書は、年2回発行してください。
2. この証明書は、児童福祉法に基づく、保育所入所及び継続保育の要否判定に使用するものです。