

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 昭・平 年 月 日生

病 名 _____

保育が出来ない旨の症状等

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

令和 年 月 日

施設住所
名 称
電 話
医 師 (印)