

傷病証明書（介護・看護用）

（医師）様

申請者 住所 玉村町大字

氏名

放課後児童クラブの利用に関する書類に医師の証明が必要となりますので、証明願います。

| 医 師 の 証 明 書                                |                       |
|--------------------------------------------|-----------------------|
| 氏 名                                        | <div></div>           |
| 生年月日                                       | <div>昭和・平成年 月 日</div> |
| 病 名                                        | <div></div>           |
| 1. 現在の心身の状況についてご記入ください。                    |                       |
| <div></div>                                |                       |
| <div></div>                                |                       |
| <div></div>                                |                       |
| 2. 上記患者に対する介護等の必要性についてご記入ください。             |                       |
| ① <u>自宅・病院</u> での <u>一部介助・全介助</u> が必要と考える。 |                       |
| ② 自立していると考え                                |                       |
| 上記のとおり証明します。                               |                       |
| 令和                                         | 年 月 日                 |
| 医療機関名                                      |                       |
| 医師名                                        | 印                     |
| 電話番号                                       |                       |

利用希望施設名：放課後児童クラブ

児童氏名（全員）：