

傷病証明書（保護者用）

(医師) 様

申請者 住所 玉村町大字

氏名 (続柄)

児童氏名 (年生)

児童氏名 (年生)

児童氏名 (年生)

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

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

病 名

1. 現在の心身の状況についてご記入ください。

2. 生活（仕事・家事・育児等）に制限はありますか。

- ・ 有 仕事・家事・育児・その他（ ）に制限が必要である。
- ・ 無

3. 医学的見地から、放課後に就学児童の保育をする事は可能ですか。

1) 可能と考える

2) 不可能と考える・・・いつまでその状況が続くと考えられますか。

① (年 月 日頃まで) ② 未確定

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