

疾病等証明書

住 所

氏 名 様

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ

病 名

症 状 等

以上のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

※医療機関の方へのお願い

この証明書は、患者世帯の子どもの保護者が教育・保育を利用するために使用するものです。保護者の疾病又は患者の介護等により、保育を必要としていることを確認させていただくものですので、症状等をできるだけ詳しく記載してください。また、この証明書に疑義がある場合は、愛知県知多市役所子ども若者支援課までお問い合わせください（電話0562-36-2656（直通））。

※患者の方へ

この証明書は、教育・保育を受けるための手続以外は使用できません。