

診 断 書

草津市長 宛

氏名				生年月日	年	月	日
病名							
通院および療養期間 ※見込みで御記入ください。 年 月 日 から 年 月 日 まで				入院期間 ※入院中または予定の場合 年 月 日 から 年 月 日 まで			
通院の頻度 (月・週) に (回) 程度							
日常生活における介助・付き添いについて ※下記の該当する項目1つにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 自宅・病院等での全介助を要する <input type="checkbox"/> 自宅での部分的な介助を要する <input type="checkbox"/> 通院等で付き添いが必要である <input type="checkbox"/> 自立できているため必要なし							
病状および所見							
上記のとおり診断します。 診断年月日 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 印							

保護者記入欄

児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

次のいずれかを提出できる場合は、押印を不要とします。

①事業所等から保護者に証明書を送付した際のメール文

②電子署名が確認できる証明書の電子データ

なお、証明書を不正に作成・改ざん等した場合は、押印がない場合でも有印私文書偽造罪等の各種犯罪が成立し得ますので御留意ください。