

# 病児・病後児保育利用にかかる受診証明書

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

---

---

主治医氏名

---

印

下記の者を診療したことを証明いたします。

ふりがな 児 童 氏 名	
住 所	
受 診 日	平成 年 月 日

～ はあらかじめ保護者が記入のうえ医療機関に提出してください。