

医師 証 明 書 (放課後児童クラブ入会申請用)

傷病者	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	傷 病 名	
医 師 所 見		

* 病状や治療上から、傷病者の常態に該当するものに○をつけてください。 ↓

傷病者は日中、児童の保育ができますか？	できる ・ できない
傷病者は日中、家族等(医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか？	必要とする ・ 必要としない

入院の場合	入院(見込)期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 上記期間の記載ができない場合は、下記の該当する期間に○を付けてください。 ● 現在からどの程度入院が必要ですか？ (概ね 1か月以上6か月未満 ・ 6か月以上1年未満 ・ 1年以上)
通院・往診の場合	治療(見込)期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 上記期間の記載ができない場合は、下記の該当する期間に○を付けてください。 ● 現在からどの程度治療が必要ですか？ (概ね 1か月以上6か月未満 ・ 6か月以上1年未満 ・ 1年以上)
	回 数	週()回程度の通院・往診を要す

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

担当医師名

④

- (注) 1 この医師証明書は、3か月以内に発行されたものに限り、有効です。
 2 訂正した場合は、訂正印が必要になります。
 3 記載内容が事実と異なる場合は、申請者が放課後児童クラブを利用できなくなる場合があります。
 4 記入の際にご不明な点がございましたら、担当課までお問い合わせください。(長岡京市役所生涯学習課 075-955-9546)