

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カ月以上6カ月未満 ・ 6カ月以上1年未満 ・ 1年以上 ）
	通院・往診の場合	治療（見込）期間 ※ 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カ月以上6カ月未満 ・ 6カ月以上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 い 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

印

(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。（長岡京市役所教育総務課 075-955-9546）