

診 断 書

年 月 日

(宛先)
戸田市長

氏名： _____

病名・病状：

治療期間（見込）： 年 月 日 ~ 年 月 日まで

上記の病名・病状により家庭内で保育できないことを診断しました。

病院名： _____

医師氏名： _____ 印

(問い合わせ先) 戸田市保育幼稚園課 048-424-9571