

(児童クラブ名)

(児童名)

児童クラブ利用に係る医師の診断（意見）書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

上記の者について、児童クラブ利用の審査に必要なため意見願います。

傷病名

保育できないと認める期間

年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日までの見込み

児童にあたる影響

上記のとおり意見いたします。

年 _____ 月 _____ 日

住 所

医 師

印