

(様式2) ※監護者自身の疾病の場合

診 断 書

氏名	男 女	生年月日	年 月 日
住所			
療養期間 ※必ず記入して ください	年 月 日	～	年 月 日
病名や症状			
のため自宅での子の保育は困難である。			
上記の通り診断いたします。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
診断医師名			
⑩			

※完治の期間が未定の場合は、証明日から当該年度の最終日（例：令和5年3月31日）までを記載してください。