

診 断 書

住所	三原市
氏名	
生年月日	年 月 日
診断名	
治療内容	1：入院 2：通院（週 / 月 回・ 時間程度） 3：自宅療養
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 見込・未定
診断に対する所見	
児童の保育に対する所見（該当する項目に○を付けてください）	1：上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状態である。 2：上記の者は、児童の日常的な保育が困難な状態である。 3：上記の者は、児童の日常的な保育が部分的に困難な状態である。
備考	

株式会社ワタナベミュージックラボ あて 上記のとおり、診断します。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 医療機関名 所 在 地 医 師 名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>
--

※本書類に関する費用等の負担は請求者（患者）です。

※この書類は、株式会社ワタナベミュージックラボが運営する放課後児童クラブ「I Love Kids」の入会事務のため使用するものです。「I Love Kids」は三原市第1号の民間の放課後児童クラブです。